

**Document de recherche appliquée No. 11-F**

**COÛTS, FINANCEMENT ET EFFICIENCE  
DES PRESTATAIRES DE SANTE  
AU SENEGAL  
UNE ANALYSE COMPARATIVE  
DES PRESTATAIRES PUBLICS ET PRIVES**

**Etapas 2 et 3 :**

**Travaux sur le terrain, résultats de recherche  
et recommandations en matière de politiques**

**soumis à**

**Division de la réforme sectorielle et des politiques  
Office de la santé et de la nutrition  
Centre de la population, de la santé, et de la nutrition  
Bureau des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche  
Agence des Etats-Unis pour le développement international**

**et au**

**Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale du Sénégal**

**par**

**Ricardo Bitran, Ph.D.  
Steve Brewster, Consultant  
Abt Associates Inc.**

**avec**

**Bineta Ba  
REDSO/WCA**

**JUILLET 1994**

**HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJECT  
(Projet financement et pérennisation des soins de santé)**

**ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, MD 20814 USA  
Tel: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916  
Telex: 312638**

**Management Sciences for Health (MSH), Sous-traitant  
The Urban Institute (UI), Sous-traitant**

**AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00**

## **ABREGE**

Ce rapport présente les méthodes, résultats et conclusions de l'étude de 1993 sur les coûts, le financement et l'efficacité des prestataires privés de services de santé au Sénégal. Il traite du rôle et de la performance des prestataires privés, compare leur performance à celle des formations sanitaires publiques et explore les éventuels avantages d'une plus grande collaboration publique-privée en ce qui concerne la prestation de services de santé. L'étude cherche également à dégager des informations empiriques étayant la discussion idéologique en cours sur les avantages relatifs de la production publique et privée de soins de santé.

L'étude sur le secteur privé a été démarrée suivant une étude analogue faite par HFS en 1992 portant sur les prestataires publics de soins de santé au Sénégal, étude qui a mis à jour des lacunes importantes dans le système public de soins de santé, notamment une mauvaise qualité des soins, l'utilisation inefficace des ressources humaines et autres, un système d'aiguillage fonctionnant mal et des pratiques de fixation de prix inappropriées.

## REMERCIEMENTS

La présente étude a été réalisée à la demande du Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS) du Sénégal grâce à un soutien financier de l'USAID/Dakar en tant que complément à l'étude précédente faite par HFS du secteur public. Le Projet HFS remercie le Ministre de la Santé, Monsieur Assane Diop, pour l'intérêt continu qu'il porte à notre travail.

Nous aimerions également faire mention de Fatimata Sy, Linda Lankenau et Chuck Debose avec le bureau HPN à l'USAID/Dakar pour leur soutien d'importance critique.

Ce travail a pu être fait grâce aux efforts déployés par un grand nombre des membres du personnel du Projet HFS. Nous tenons tout particulièrement à remercier Jerry Wein, Denise Lionetti, Charlotte Leighton et Suzanne McLees qui ont maintenu la communication avec le terrain. Un grand nombre des autres membres du personnel de HFS ont contribué à la réalisation de cette recherche et nous les en remercions tous.

Nous sommes tout particulièrement reconnaissants à la SENECEI pour leur travail de recrutement de l'équipe de l'enquête. Ce sont eux qui ont vérifié que l'enquête a commencé et s'est terminée à temps et qui se sont chargés de la coordination entre les diverses personnes au Sénégal participant à cette étude.

L'étude a été possible grâce aux moult efforts déployés par les enquêteurs : Ibrahima Gueye, Mamadou Danfa, Filyfing Tounkara, Abdou Karim Diop, Mame Birame Diouf, Mbaye Diop, Bintou Cisse Yade, Mame Abdoulaye Gueye, Thiane Cisse, Sokhna Fatou Sy Diouf, Abdel Kader Diarra et Amadou Nicolas Mbaye.

Si toutes les personnes susmentionnées ont rendu l'étude possible, nous sommes les seuls responsables des erreurs qui restent.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	i
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vii
LISTE DE SIGLES .....	ix
TAUX DE CHANGE .....	ix
AVANT-PROPOS .....	xi
RESUME ANALYTIQUE .....	xvii
1.0 INTRODUCTION .....	1
1.1 SOINS DE SANTÉ ET SECTEUR PRIVÉ .....	1
1.2 CONTEXTE DES ÉTUDES .....	2
1.3 OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	6
1.4 ORGANISATION DU RAPPORT .....	6
2.0 METHODE .....	7
2.1 DÉFINITIONS .....	7
2.2 CONCEPTION, EXÉCUTION ET ANALYSE DE L'ÉTUDE .....	11
2.3 ECHANTILLONNAGE .....	13
3.0 RESULTATS .....	17
3.1 FRÉQUENTATION .....	17
3.2 COÛTS .....	21
3.3 ANALYSE DU RATIO DU COÛT UNITAIRE .....	28
3.4 PRODUCTIVITÉ DU PERSONNEL .....	31
3.5 POLITIQUE DES PRIX .....	41
3.6 FINANCEMENT .....	42
3.7 QUALITÉ DES SOINS .....	45
4.0 RECAPITULATIF ET CONCLUSION .....	61
ANNEXE A : TABLEAUX COMPLEMENTAIRES .....	71
ANNEXE B : FIGURES COMPLEMENTAIRES .....	83
ANNEX C: ÉTUDES PAR LE PROJET DE FINANCEMENT ET PÉRENNISATION DE LA SANTÉ .....	93
BIBLIOGRAPHIE .....	97

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 2-1	STRUCTURE DES INSTRUMENTS DE L'ENQUETE .....	12
TABLEAU 2-2	ECHANTILLON DE L'ÉTUDE ET UNIVERS NATIONAL DE FORMATIONS SANITAIRES NON GOUVERNEMENTALES .....	14
TABLEAU 2-3	TAILLE ET DISTRIBUTION DE L'ÉCHANTILLON .....	16
TABLEAU 3-1	POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES COÛT MOYEN DE L'ÉTABLISSEMENT .....	22
TABLEAU 3-2	DISPENSAIRES D'ENTREPRISE COÛTS MOYENS DES ÉTABLISSEMENTS PAR RÉGION ET QUARTILE D'UTILISATION .....	23
TABLEAU 3-3	CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF COÛTS MOYENS .....	24
TABLEAU 3-4	AUTRES CLINIQUES COÛTS MOYENS DES ÉTABLISSEMENTS .....	25
TABLEAU 3-5	RENDEMENT, COÛT TOTAL ET COÛT MOYEN .....	29
TABLEAU 3-6	COÛT MOYEN DES SOINS COMPARAISON ENTRE PRESTATAIRES PRIVES ET PUBLICS .....	31
TABLEAU 3-7	COÛT MOYEN ET RENDEMENT - POSTES CATHOLIQUES ET DISPENSAIRES D'ENTREPRISE .....	34
TABLEAU 3-8	POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES FINANCEMENT PAR CATÉGORIE DE BUDGET ET SOURCE DE FINANCEMENT (N=27) .....	44
TABLEAU A-1	POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES FRÉQUENTATION PAR RÉGION ET QUARTILE DE FRÉQUENTATION .....	71
TABLEAU A-2	DISPENSAIRES D'ENTREPRISE FRÉQUENTATION PAR RÉGION ET QUARTILE DE FRÉQUENTATION .....	72
TABLEAU A-3	AUTRES CLINIQUES STATISTIQUES DE FREQUENTATION PAR REGION ET QUARTILE DE FREQUENTATION .....	73
TABLEAU A-4	CLINIQUES PRIVÉES A BUT LUCRATIF STATISTIQUES DE FREQUENTATION PAR RÉGION ET QUARTILE DE FRÉQUENTATION .....	74

**LIST DES TABLEAUX**, continuation

TABLEAU A-5	PRODUCTIVITÉ QUOTIDIENNE MOYENNE DES MÉDECINS PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	75
TABLEAU A-6	PRODUCTIVITÉ QUOTIDIENNE MOYENNE DES SAGES-FEMMES PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	76
TABLEAU A-7	PRODUCTIVITÉ QUOTIDIENNE MOYENNE DES INFIRMIERS PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	77
TABLEAU A-8	POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	78
TABLEAU A-9	DISPENSAIRES D'ENTREPRISE PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	79
TABLEAU A-10	CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	80
TABLEAU A-11	AUTRES CLINIQUES PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES .....	81

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 2-1	TAILLE DE L'ECHANTILLON PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	15
FIGURE 3-1	UTILISATION DES SOINS AMBULATOIRES PAR TYPE DE PRESTATAIRES .....	18
FIGURE 3-2	UTILISATION DES SOINS HOSPITALIERS ET OBSTETRICAUX PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	19
FIGURE 3-3	COMPOSITION DES SOINS PREVENTIFS PAR TYPE DE PRESTATAIRES .....	20
FIGURE 3-4	TOTAL DES COUTS DES ETABLISSEMENTS, PRESTATAIRES PRIVES ET PUBLIQUES .....	26
FIGURE 3-5	TOTAL DES COUTS DES ETABLISSEMENTS PRIVES ET PUBLIQUES .....	27
FIGURE 3-6	COUT MOYEN EN TANT QUE FONCTION DU RENDEMENT: POSTES CATHOLIQUES PRIVES ET POSTES DE SANTE PUBLIQUES .....	32
FIGURE 3-7	COUT MOYEN EN TANT QUE FONCTION DU RENDEMENT: DISPENSAIRES D'ENTREPRISE .....	33
FIGURE 3-8	PRODUCTIVITE DES MEDECINS .....	36
FIGURE 3-9	PRODUCTIVITE DE SAGES-FEMMES .....	37
FIGURE 3-10	PRODUCTIVITE DES INFIRMIERS .....	38
FIGURE 3-11	PRODUCTIVITE DU PERSONNEL - CENTRES DE SANTE .....	39
FIGURE 3-12	PRODUCTIVITE DU PERSONNEL - POSTES DE SANTE .....	40
FIGURE 3-13	PRIX MOYEN DES PRESTATAIRES PRIVES ET PUBLIQUES .....	43
FIGURE 3-14	SOURCES DE FINANCEMENT, PRESTATAIRES PRIVES ET PUBLIQUES .....	46
FIGURE 3-15	DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS CHOISIS .....	48
FIGURE 3-16	DISPONIBILITE DES FOURNITURES MEDICALES CHOISIES .....	49

**LISTE DES FIGURES**, continuation

FIGURE 3-17	COMPORTEMENT DU PERSONNEL MEDICAL POUR CONSULTATION FIEVRE PAR TYPE D'ETABLISSEMENT .....	51
FIGURE 3-18	COMPORTEMENT DU PERSONNEL MEDICAL POUR CONSULTATION FIEVRE PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	53
FIGURE 3-19	CONFORMITE AUX ACTIONS MEDICAUX PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	54
FIGURE 3-20	PERCEPTION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTÉ .....	56
FIGURE 3-21	PERCEPTION DE LA QUALITE DES SOINS PAR LES PATIENTS .....	57
FIGURE 3-22	PERCEPTIONS CHEZ LE PERSONNEL DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTÉ .....	59
FIGURE B-1	CENTRES DE SANTE, POSTES DE SANTE, ET CASES DE SANTE DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS CHOISIES EXERCICE 1991 .....	85
FIGURE B-2	CENTRES DE SANTE, POSTES DE SANTE, ET CASES DE SANTE: DISPONIBILITE DES FOURNITURES MEDICAUX CHOISIES, EXERCICE 1991 .....	86
FIGURE B-3	COMPORTEMENT DU PERSONNEL MEDICAL POUR CONSULTATION FIEVRE PAR TYPE D'ETABLISSEMENT .....	87
FIGURE B-4	COMPORTEMENT DU PERSONNEL MEDICAL POUR CONSULTATION FIEVRE PAR TYPE D'ETABLISSEMENT .....	88
FIGURE B-5	CENTRES DE SANTE ET POSTES DE SANTE COMPORTEMENT DU PERSONNEL MEDICAL: PROCEDURES GENERALES .....	89
FIGURE B-6	PROCEDURES GENERALES PAR CATEGORIE DE PERSONNEL .....	90
FIGURE B-7	PERCEPTION CHEZ LE PERSONNEL DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE DANS LES HOPITAUX .....	91
FIGURE B-8	QUALITE DES SOINS TELLE QUE PERÇUES PAR LES PATIENTS, PAR TYPE D'ETABLISSEMENT .....	92

## LISTE DE SIGLES

DTCoq	Diptérie-tétanos-coqueluche
DSA	Programme des dimensions sociales de l'ajustement de la Banque mondiale
EPI-INFO	Base de données épidémiologiques créée par les Centers for Disease Control
FCFA	Franc Communauté financière africaine
GS	Gouvernement du Sénégal
HFS	Projet de financement et de pérennisation de la santé
HHRAA	Analyse ressources sanitaires humaines pour l'Afrique
MSAS	Ministère de la santé publique et de l'action sociale du Sénégal
PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

## TAUX DE CHANGE

\$EU 1 = FCFA 270 (1991)

## AVANT-PROPOS

Ce document fait partie d'une série de rapports sur les résultats et les recommandations en matière de politiques entrant dans le cadre de la troisième étape des grands travaux de recherche appliquée réalisés par le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS).

Le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) est une initiative quinquennale financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Il a pour but de fournir une assistance technique, de réaliser une recherche appliquée, de dispenser une formation et de diffuser les informations sur le financement des soins de santé dans l'ensemble du monde en développement. Le projet vise à influencer des changements en matière de politiques en faisant progresser les connaissances ; en testant et en améliorant les méthodes de prestation, de financement et d'administration ; en renforçant les capacités tant institutionnelles que techniques. A ce jour, HFS a participé à des activités de financement des soins de santé dans plus de 30 pays en développement du monde entier. Les travaux de recherche appliquée représentent un quart des activités du Projet HFS.

HFS a réalisé sa recherche appliquée en trois étapes. La première étape comprenait un examen de la littérature et de l'expérience ainsi que la mise en place d'un cadre conceptuel. Les documents rédigés dans le cadre de la première étape sont essentiellement de nature conceptuelle et méthodologique et, par conséquent, s'adressent aux chercheurs sur le terrain et aux enseignants. Néanmoins, vu que ces documents mettent également à jour des lacunes actuelles dans les connaissances, ils sont utiles aux bailleurs de fonds internationaux, aux décideurs des ministères de la santé et à d'autres personnes concernées par la politique des soins de santé.

Les étapes 2 et 3 ont été conçues pour combler en partie les lacunes dans les connaissances actuelles identifiées dans la première étape. La deuxième étape comprenait la recherche de terrain et la collecte de données et la troisième étape, l'analyse de données, la rédaction de rapports et la diffusion de l'information. Les documents de la troisième étape ont comme public principal les décideurs des pays en développement à l'intérieur et à l'extérieur des pays où a été effectuée la recherche. Les méthodes, les résultats et les recommandations ont été rédigés dans un langage non technique et l'information technique a été fournie dans les Annexes.

Les produits de la troisième étape intéresseront les bailleurs de fonds internationaux puisqu'ils valident ou infirment des hypothèses importantes et évaluent des politiques existantes. Ces documents permettent également d'éprouver de nouvelles méthodes de recherche ou des méthodes améliorées, d'identifier les directions pour les recherches futures et enrichissent, par des informations empiriques, l'ensemble général des connaissances. Aussi, devraient-ils être utiles aux chercheurs et aux universitaires.

## **LE ROLE DE LA RECHERCHE APPLIQUEE DANS LA REFORME DE LA POLITIQUE SANITAIRE**

La réforme du financement de la santé est une question politique de toute première importance ainsi qu'une priorité pour le secteur de la santé dans le monde entier. Dans les nations industrialisées, le contrôle des coûts des soins de santé a été le moteur des efforts de réforme des politiques du financement sanitaire. Dans les pays en développement, un des grands facteurs poussant à la réforme a été la demande croissante qui s'exerce sur les ressources publiques de plus en plus obérées suite à l'engagement traditionnel des gouvernements à fournir des services de santé gratuits à tous.

Au cœur du débat de politiques, l'on a les discussions quant aux manières d'améliorer l'équité et l'efficacité. Dans l'idéal, les pratiques et les politiques du financement des soins de santé devraient promouvoir tant l'équité-l'accès financier et physique aux soins-que l'efficacité - la maximisation des gains sanitaires par le biais de réductions dans les coûts de la production et d'accroissement dans la consommation appropriée. Ces discussions concernent également le débat sur l'impact des réformes du financement sanitaire sur la qualité des soins, l'accès du pauvre et les rôles respectifs des secteurs public et privé.

La formulation de politiques efficaces pour traiter de ces questions exige de solides informations empiriques quant à toute une gamme de questions sur les côtés de la demande et de l'offre du marché pour les services de santé. Dans un grand nombre de pays en développement, de solides données empiriques sont rarement disponibles et le débat public sur le financement sanitaire est souvent dominé par de grandes idées qui ne sont pas toujours bien ancrées dans la réalité. Voici certaines de ces grandes idées qui doivent passer le test empirique :

- ▲ "Le pauvre ne paiera pas pour les services de santé."
- ▲ "Le secteur privé est plus efficace que le secteur public pour la production des services sanitaires."
- ▲ "Le secteur privé n'a pas de rôle dans le programme sanitaire public."
- ▲ "Là où la plus grande proportion des ressources sanitaires totales est dépensée pour les soins curatifs, l'octroi de ressources est inefficace."
- ▲ "Les plans de financement social et de partage de risques ne seront pas efficaces dans les zones rurales et pauvres."

Un nouvel ensemble de recherche commence à prendre forme, éprouvant la validité de certaines de ces opinions courantes sur le financement de la santé. Par exemple, des études empiriques de la demande pour les soins de santé dans les pays en développement ont montré que, lorsqu'ils avaient le choix, même les plus pauvres préfèrent souvent payer pour des soins de santé de meilleure qualité que d'obtenir des soins gratuits mais d'une faible qualité.

Les politiques publiques concernant le financement de la santé pourraient grandement bénéficier de meilleures connaissances de questions telles la volonté des gens à payer pour les services de santé, l'efficacité relative des prestataires publics et privés, les rôles du secteur privé et le coût-efficacité des investissements dans les soins curatifs et préventifs. Et pourtant, malgré la plus grande attention accordée récemment à la recherche appliquée dans le financement de la santé, il reste des lacunes importantes dans nos connaissances.

## **UN PROGRAMME DE RECHERCHE APPLIQUEE**

La recherche appliquée de HFS cherche à faire avancer les connaissances dans des domaines de politiques-clés et à renforcer les capacités analytiques chez les chercheurs des pays en développement. La recherche vise à traiter de questions de politiques-clés, à explorer les domaines de recherche négligés, à améliorer les méthodes analytiques et à tester de nouvelles techniques méthodologiques. Grâce à l'examen et aux conseils d'un groupe consultatif technique de l'extérieur, le projet a identifié quatre grands domaines d'enquête où une recherche appliquée se justifiait : recouvrement des coûts, efficacité productive, financement social et secteur privé. Aux fins de répondre aux conditions contractuelles de l'AID, le projet a également identifié neuf domaines spécifiques au sein de ces catégories (voir encadré).

HFS a fait des examens de littérature (Etape 1) pour ces neuf thèmes à l'exception d'un seul (l'exception étant la réaffectation des dépenses du secteur public). A la demande de l'AID, un autre domaine de recherche de terrain-une évaluation de l'impact économique du paludisme-a également été étudié. Les recherches de terrain ont été faites (Etape 2) et des documents analytiques ont été rédigés (Etape 3) dans les quatre principaux domaines de recherche. Ils couvrent les six thèmes spécifiques suivants :

- ▲ Volonté de payer pour des améliorations dans la qualité des services de santé dans le contexte du recouvrement des coûts
- ▲ Impact des améliorations de la qualité des services sanitaires sur les coûts, l'efficacité et la demande
- ▲ Efficacité des services de santé du secteur public
- ▲ Comparaison de l'efficacité des secteurs public et privé pour la prestation des services de santé
- ▲ Impact du financement social des services de santé sur la demande, l'équité et la pérennité
- ▲ Développement des services de santé du secteur privé
- ▲ Impact économique du paludisme

Outre ces documents de recherche appliquée, HFS a mis au point toute une série d'instruments de recherche et de bases de données. (Une liste en est donnée dans un document de projet séparé "Instruments de recherche et bases de données du Projet de financement et de pérennisation de la santé.")

RECHERCHE APPLIQUEE PRINCIPALE HFS : DOMAINES, THEMES ET QUESTIONS		
Domaine recherche	Thème recherche Etape 1	Principale question de recherche
RECOUVREMENT DES COUTS	Qualité des soins	Volonté à payer pour des améliorations de la qualité
	Protéger le pauvre	Concevoir des systèmes équitables de recouvrement des coûts
	Efficacité de la consommation	Concevoir des mécanismes monétaires et autres qui encouragent des modes efficaces de demande des soins
EFFICIENCE PRODUCTIVE	Réforme du secteur public	Faisabilité d'une plus grande efficacité dans la production par le biais d'incitations pour le personnel
	Réaffectation des dépenses du secteur public	Définition d'un mode d'affectation optimale et adéquation des modes d'affectation actuels
FINANCEMENT SOCIAL	Elargir son rôle	Faisabilité du partage de risque pour le pauvre
SECTEUR PRIVE	Développement des marchés privés des soins de santé	Déterminants et implications du développement du secteur privé
	Différences publiques-privées dans l'efficacité	Existence de différences dans l'efficacité productive entre les prestataires publics et privés
	Interactions publiques-privées	Faisabilité d'une collaboration bénéfique du point de vue social entre le gouvernement et le secteur privé

## APPROCHE AXEE SUR LES POLITIQUES POUR LA RECHERCHE APPLIQUEE

HFS a réalisé toutes les activités de recherche de terrain en collaboration et avec une participation active des chercheurs et des décideurs locaux. En outre, lorsqu'on envisageait plusieurs sites pour la recherche appliquée principale, HFS cherchait à identifier des possibilités où les résultats de la recherche pouvaient étayer directement le processus de réforme des politiques.

Par exemple, au Niger, HFS a fourni une assistance technique au gouvernement pour tester deux systèmes de recouvrement des coûts pour les soins curatifs dans les établissements publics ambulatoires : un paiement forfaitaire par épisode de maladie et une taxe d'arrondissement avec un ticket modérateur. Une recherche appliquée a été faite pour évaluer et comparer des indicateurs-clés dans le cadre des deux systèmes de financement, notamment les améliorations de la qualité des soins, les coûts des améliorations de la qualité, la volonté des gens à payer pour les améliorations de la qualité et les implications des méthodes de financement du point de vue équité. Les activités de recherche étaient combinées à l'assistance technique en vue de concevoir et de mettre en place des systèmes de gestion améliorés pour les formations sanitaires, de nouvelles procédures de gestion pour le personnel administratif et des pratiques améliorées de diagnostic et de traitement pour le personnel médical.

Au Sénégal, HFS a réalisé une recherche appliquée pour évaluer les diverses dimensions du système sanitaire actuel, notamment le cadre juridique et réglementaire du financement de la santé, l'efficacité des comités de santé villageois ; les coûts, le financement et l'efficacité des prestataires publics et privés ; la dimension, le rôle et l'évolution du secteur privé et la demande pour les soins de santé. Le Gouvernement du Sénégal prévoit d'importants projets de démonstration régionale pour appliquer certaines des recommandations tirées de la recherche.

Tous les produits de la recherche appliquée principale de HFS sont soumis à un processus d'examen formel qui fait appel au personnel du projet, à des experts externes des institutions universitaires et internationales et des membres du groupe consultatif technique du projet. C'est l'excellence que vise HFS dans ses produits et nous serions heureux de recevoir tous commentaires ou suggestions à propos de nos travaux de recherche.

Si vous avez des questions ou des commentaires à propos de notre recherche appliquée, veuillez contacter les Directeurs techniques ou de la recherche appliquée. Pour les informations concernant les produits écrits HFS sur la recherche, l'assistance technique et l'information ou pour des renseignements pour commander ces produits, prière de contacter le Centre d'informations du projet.

*Ricardo A. Bitran*  
*Directeur de la recherche appliquée*

# RESUME ANALYTIQUE

## DONNEES GENERALES

Malgré le marasme économique et des dépenses sanitaires limitées, le Sénégal a réalisé d'importants gains sanitaires ces trente dernières années. L'espérance de vie s'est nettement rallongée, la mortalité infantile a été diminuée de moitié et les taux de vaccination dépassent 60 pour cent. Selon certains indicateurs sanitaires, le Sénégal dépasse l'Afrique subsaharienne dans son ensemble; mais selon d'autres, il a du retard. C'est là une réalisation inquiétante au vu du revenu relativement plus élevé et des dépenses sanitaires plus grandes du Sénégal.

A l'instar de maints autres pays de l'Afrique subsaharienne, le Sénégal rencontre un grand nombre de problèmes dans son secteur sanitaire. Ressources publiques limitées, inefficacité dans la production des services de santé et modes de dépense biaisés sont parmi les difficultés reconnues par le passé comme étant les principales barrières à une meilleure performance. Pour remédier à ces problèmes, le gouvernement a adopté en 1989 un ensemble de réformes sectorielles connu sous le nom de Politique sanitaire nationale. La nouvelle politique cherchait à décentraliser les services de santé, à redéployer le personnel public de la santé, à modifier les politiques de médicaments et à mobiliser d'autres ressources financières pour les services publics par le biais du recouvrement des coûts.

En réponse à une demande du Gouvernement sénégalais et avec un financement de l'USAID/Dakar, HFS a effectué en 1992 une étude sur les coûts, le financement et l'efficacité des prestataires publics de soins de santé. La recherche mettait à jour d'importantes lacunes dans le système public, notamment la mauvaise qualité des soins, l'utilisation inefficace des ressources humaines et autres, le mauvais fonctionnement du système d'aiguillage et des pratiques inefficaces pour la fixation des prix<sup>1</sup>.

HFS a recommandé au Gouvernement sénégalais qu'une évaluation du secteur privé des soins de santé fasse partie de l'examen exhaustif des problèmes et possibilités sur le plan santé. Avec un soutien du gouvernement et un financement de l'USAID/Dakar, HFS a fait en 1993 une étude double des coûts, du financement et de l'efficacité des prestataires du secteur privé. Les méthodes, résultats et conclusions de l'étude sur le secteur privé sont présentés dans ce document de pair avec une comparaison avec les résultats du secteur public.

Le but de l'enquête était de comprendre le rôle et la performance des prestataires privés de soins de santé, de comparer leur performance à celle des établissements publics et d'étudier les éventuels avantages liés à une plus grande collaboration public-privée dans la prestation des services de santé. L'étude cherchait également à étayer par des informations empiriques une discussion continue et idéologique sur les mérites relatifs de la production publique et privée de soins de santé.

Le présent document représente l'Etape 3 de travaux de recherche appliquée en trois étapes réalisés par HFS dans le domaine des Différences public-privé de l'Efficiencia (voir HFS 1991). Les travaux de l'Etape

---

<sup>1</sup> En réponse aux résultats de l'étude, les représentants officiels du gouvernement ont indiqué qu'un grand nombre des difficultés identifiées sont actuellement traitées par le biais des initiatives de réforme sectorielle susmentionnées.

1 (Bitran 1992) qui sont un document connexe à celui-ci présentait un examen de la littérature et les essais de mesures des coûts et de l'efficacité des services de santé ainsi qu'un plan de recherches préliminaires pour les travaux de terrain (Etape 2) au Sénégal. L'étude sur les coûts, le financement et l'efficacité des prestataires publics (Bitran et Ba 1994)—autre document de l'Etape 3 de HFS dans le domaine des Différences public-privé de l'Efficacité—devrait également être prise comme un document accompagnant le présent document.

## **METHODES**

L'étude a utilisé un échantillon nationalement représentatif de 95 prestataires et de 57 prestataires privés. Quatre grands groupes de prestataires privés de soins de santé travaillent au Sénégal : les postes de santé catholiques, les dispensaires d'entreprise, les prestataires privés à but lucratif et les autres prestataires avec une affiliation institutionnelle comme la Croix Rouge et les dispensaires musulmans. Un échantillon de prestataires privés a été prélevé dans chaque groupe en utilisant les critères de sélection selon lesquels les établissements privés seraient : (1) comparables dans la mesure du possible à la distribution géographique des établissements publics de l'étude précédente; (2) comparables dans la mesure du possible aux établissements publics.

Un échantillon de 57 prestataires privés faisant partie de l'échantillon du secteur privé comprenait 30 postes de santé catholiques, 13 dispensaires d'entreprise, 6 cliniques à but lucratif et 8 autres dispensaires représentant environ 43 pour cent de l'univers. Les cabinets médicaux individuels, estimés au nombre de 200 au Sénégal, ainsi que les guérisseurs traditionnels ne faisaient pas partie de l'étude car ils ne répondaient pas aux critères de sélection. Une étude séparée devrait chercher à obtenir des informations sur ces deux groupes de prestataires importants.

Des données sur les coûts, les sources de financement, l'utilisation et la qualité des soins ont été réunies auprès de chacun des 57 prestataires privés de l'échantillon par une équipe d'enquêteurs ayant reçu une formation spéciale.

## **RESULTATS**

### ***PORTEE ET QUANTITE DES SERVICES DE SANTE***

A l'exception des dispensaires à but lucratif qui ne fournissaient que des soins curatifs, toutes les autres catégories de privés fournissaient des services tant curatifs que préventifs. Education sanitaire, vaccinations, soins préscolaires et prénatals et planification familiale étaient au titre des services préventifs offerts dans les secteurs privé et public.

Ce sont les hôpitaux publics parmi tous les prestataires publics et privés qui traitaient le volume le plus élevé de soins en consultations externes, suivis de près par les centres de santé publics. Parmi les prestataires privés, les postes de santé catholiques et les dispensaires à but lucratif prêtaient le volume élevé et le plus faible de soins ambulatoires, respectivement.

Parmi les prestataires privés, seuls les dispensaires à but lucratif fournissaient un volume important de soins hospitaliers (hospitalisations et accouchements). Les "autres" prestataires privés ne fournissaient qu'une petite quantité de services hospitaliers alors que les postes catholiques et les dispensaires d'entreprise n'en fournissaient pas du tout. Les soins hospitaliers dans les hôpitaux publics et les centres de santé publics

dépassaient de loin le volume des soins fournis par les prestataires privés à but lucratif par un facteur de huit et quatre, respectivement).

### ***COUTS***

Les coûts de la production totale des prestataires privés variaient énormément entre et au sein des catégories de prestataires, reflétant les différences dans le volume du rendement, la combinaison de services et l'efficacité. Il existait également une grande différence dans les coûts moyens des consultations externes des services ambulatoires. Les dispensaires privés d'entreprise avaient les coûts moyens les plus élevés par visite, environ 16 \$. En revanche, les postes publics de santé et les postes catholiques avaient un coût moyen bien plus faible, bien qu'analogue d'environ 1 \$ par visite. La grande différence dans le coût moyen entre les dispensaires d'entreprise et les deux autres prestataires ne semblait pas refléter de différences importantes dans la qualité des services. Les dispensaires d'entreprise avaient des classements analogues, et non plus élevés, des mesures de qualité que les postes de santé catholiques.

Comparés aux établissements publics, les prestataires privés dépensaient un pourcentage plus faible de leur budget pour les frais de personnel et un pourcentage plus élevé pour les produits pharmaceutiques. La qualité des soins pour les services curatifs était meilleure dans le secteur privé dû en grande mesure à la meilleure disponibilité de médicaments pour traiter les patients.

### **PRODUCTIVITE DE LA MAIN D'OEUVRE**

La productivité de la main d'œuvre, mesurée comme étant le nombre moyen de visites par agent de santé par jour, était bien plus élevée pour les consultations externes dans le secteur privé que chez les prestataires publics. Il existait également une grande variation dans la productivité au sein du secteur privé.

La conformité aux normes de traitement était la plus élevée chez les prestataires privés, suggérant que leur productivité plus élevée n'était pas le résultat d'une attention moindre aux pratiques médicales. Au contraire, elle semblait refléter une plus grande efficacité technique dans l'utilisation de la main d'œuvre médicale.

### ***FIXATION DES PRIX***

Les paiements des utilisateurs dans les établissements sanitaires publics existent depuis des années au Sénégal et sont même de plus en plus répandues dans les établissements non-hospitaliers depuis 1991 avec l'adoption, à l'échelle nationale, de l'Initiative de Bamako<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Les prix du secteur privé dans cette étude étaient ceux en vigueur peu avant l'adoption de l'Initiative de Bamako (IB). L'on suppose que les prix ont augmenté après l'adoption de l'Initiative de Bamako.

L'étude a révélé une grande diversité dans les tarifs du secteur privé. Les prix du secteur privé pour une visite curative allaient d'environ 1 \$ dans les postes de santé catholiques et autres établissements privés jusqu'à environ 30 \$ dans les dispensaires à but lucratif. Pour les soins hospitaliers, les prix du secteur privé étaient de 170 \$ pour une hospitalisation dans une clinique à but lucratif mais n'étaient que de 3 \$ dans les "autres" dispensaires privés. Les prix des services préventifs étaient généralement légèrement inférieurs à ceux des soins curatifs.

Les enquêtes HFS ont constaté que les prestataires privés demandaient généralement des tarifs plus élevés que les prestataires publics. Parmi les prestataires privés, les postes de santé catholiques demandaient les prix les plus faibles. Concernant la prestation de soins ambulatoires, les postes catholiques étaient aussi chers que les hôpitaux publics et environ deux fois aussi chers que les centres de santé, postes et cases de santé publics. Pour les soins hospitaliers, les cliniques à but lucratif étaient environ douze fois plus chères que les hôpitaux publics et le prix d'une hospitalisation dans les dispensaires privés et "autres" se rangeait dans la fourchette de prix observée dans les établissements sanitaires non-hospitaliers. L'étude montre que les établissements publics et privés font payer les utilisateurs pour les services préventifs ainsi que pour les services curatifs.

## ***FINANCEMENT***

A part les postes de santé catholiques, d'autres prestataires privés ont refusé de donner des informations sur les recettes. L'on pense toutefois que, vu que ces derniers ne reçoivent pas subventions, ils s'autofinancent grâce au paiement des utilisateurs. Les postes catholiques étaient en mesure de recouvrer quasiment toutes leurs dépenses de fonctionnement par le biais des paiements des utilisateurs et une petite partie (moins de 5 pour cent) venait de petits dons privés et de subventions. Sauf pour les cases de santé autofinancées, les établissements sanitaires publics indiquaient des taux de recouvrement des coûts bien plus petits, allant d'un minimum de 8 pour cent dans les hôpitaux publics à un maximum de 28 pour cent dans les postes de santé.

## ***QUALITE***

L'étude a mesuré trois dimensions de la qualité : disponibilité des facteurs de production, conformité de prestataires aux normes de traitement et qualité des soins telle que perçue et par les patients et par le personnel des formations sanitaires. Suite à des raisons de temps et de budget, on n'a pas pu faire une évaluation des changements de l'état de santé après le traitement, mesure plus souhaitable des résultats de la santé et donc de la qualité.

Généralement, les prestataires privés avaient des stocks adéquats de médicaments et connaissaient rarement des ruptures de stock. La situation est bien différente pour les prestataires du secteur public, surtout ceux à l'extérieur de Dakar dont la majorité étaient en rupture de stock pour la plupart des produits. Des contrastes analogues étaient constatés dans la disponibilité de fournitures médicales de base. Les prestataires à but lucratif dans le secteur privé se conformaient le plus souvent aux normes relatives au diagnostic et au traitement mais ni les établissements privés ni les établissements publics n'ont eu de bons classements en ce qui concerne les normes de prescription.

Généralement, les patients des établissements privés et publics indiquaient qu'ils étaient satisfaits par le traitement qu'ils recevaient et indiquaient qu'ils reviendraient pour des traitements futurs. En outre, la plupart

du personnel de santé dans les établissements privés a classé comme élevée la qualité de leurs services alors que seul un petit pourcentage du personnel des établissements publics a fait de même.

## ***DISCUSSION***

Le but de l'enquête était de comprendre le rôle et la performance des prestataires du secteur privé, de comparer leur performance à celle du secteur public et d'explorer les éventuels avantages d'une plus grande collaboration public-privé au niveau de la prestation et du financement des services de santé au Sénégal.

Le débat sur le rôle approprié du secteur privé dans la prestation des soins de santé a surtout été idéologique. Ceux en faveur de la privatisation des services de santé publics avancent souvent l'argument selon lequel le secteur privé est plus efficace; ceux soutenant un rôle plus solide pour le secteur privé indiquent souvent qu'ils ne font pas confiance aux prestataires privés qui, pour eux, sont à la recherche de gains au détriment de la société. Il existe peu de faits empiriques venant étayer l'une ou l'autre de ces opinions. Si les inefficacités des services sanitaires publics ont été bien étayées, il existe par contre peu de recherche qui compare la performance des prestataires publics et privés.

Les données sur la performance des prestataires sanitaires postes de santé catholiques et privés au Sénégal reflètent des caractéristiques typiques de maints autres pays subsahariens. Ces données ont des implications pour l'adaptation de politiques publiques vers le secteur privé au Sénégal et ailleurs dans la région pour profiter de la qualité et de l'efficacité des prestataires privés et pour encourager des améliorations là où des faiblesses existent. Elles montrent également comment le secteur public pourrait améliorer l'efficacité de ses prestations de soins de santé. Une action privée sur ces deux fronts pourrait élargir l'accès à des soins de qualité pour le système sanitaire nationale.

## ***POLITIQUES EN VUE D'ELARGIR L'ACCES PAR LE BIAIS DES PRESTATAIRES PRIVES***

La variation dans l'efficacité au sein du secteur privé indique que les Ministères de la Santé ne peuvent pas faire des suppositions automatiques quant à l'efficacité relative des prestataires privés et publics et ils ne peuvent pas non plus faire des généralisations qui s'appliquent au secteur privé dans son ensemble. Les ministères doivent formuler des politiques plus complexes concernant le secteur privé qui tiennent compte des variations qui existent entre les différents types de prestataires privés, par exemple les prestataires religieux à but lucratif, les dispensaires d'entreprise, les organisations charitables en général ainsi que les praticiens traditionnels.

De même, les faits indiquant une qualité tant élevée que faible chez les prestataires privés indiquent que les ministères doivent revoir la nécessité de réglementer les soins privés pour assurer la qualité. Ils doivent également revoir les circonstances qui facilitent une qualité ou une plus grande efficacité dans le secteur privé pour voir quelles sont les caractéristiques pouvant être adoptées pour améliorer la performance du secteur public. Des efforts pourraient être faits pour encourager, ou pour supprimer les obstacles à la croissance des prestataires privés qui fournissent des soins efficaces de haute qualité. Les analyses doivent identifier les aspects de qualité où les prestataires privés offrent les meilleures pratiques, voir quelles sont les incitations et conditions qui existent dans le secteur privé pour encourager une haute qualité et ce qu'il faut faire pour identifier les prestataires privés dont la qualité est médiocre dans le but soit d'améliorer leur travail, soit de décourager les patients d'aller les consulter (par exemple, réglementations, information publique).

L'éventuel élargissement de l'accès aux services de santé de part une plus grande dépendance des prestataires du secteur privé est affecté par divers facteurs (par exemple, nombre existant, taille de l'opération et distribution géographique de ces prestataires ; capacité des patients à payer la gamme de prix demandés conçus pour recouvrer le coût complet des services, ainsi que pour réaliser un profit dans la plupart des cas ; références du prestataire pour certains services qu'ils veulent offrir et populations qu'ils veulent desservir). En outre, il existe maints mécanismes possibles pour financer la prestation privée des services de santé auprès d'une population plus large ou pour les pauvres, en tant que substitut à l'Etat fournissant directement ces services, (par exemple, des bons que les patients peuvent utiliser chez le prestataire privé de leur choix ; facturation et remboursement directs ; subventions directes pour les prestataires privés par le biais d'incitations fiscales, de dons, d'octrois budgétaires annuels ; contrats).

Les variations entre pays dans la combinaison et les caractéristiques des prestataires privés et dans l'adéquation des diverses formules de financement signifient qu'il faut évaluer chaque option dans le contexte spécifique du pays. Ces dernières années, le débat s'est intensifié quant au rôle effectif et potentiel du secteur privé dans la santé pour les pays en développement et une expérience accrue avec diverses options d'utilisation ou d'influence par le secteur public en faveur de la prestation sanitaire par le secteur privé (Bennett et Mills éd. 1994). Mais les généralisations concernant les combinaisons efficaces de prestation publique et de financement public de prestataires privés ne sont pas encore possible dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. Il faut plus d'analyses et d'essais spécifiques aux pays pour pouvoir élaborer des évaluations spécifiques de la plupart des affectations efficaces par rapport au coût de fonds publics entre prestataires des secteurs public et privé.

## ***POLITIQUES POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DANS LE SECTEUR PUBLIC***

Les inefficiences dans le secteur public démontrent le potentiel élevé de bénéfice qui pourrait être réalisé grâce à un meilleur octroi des ressources existantes au sein du secteur public—et en utilisant les ressources réaffectées pour améliorer l'accès ou la qualité ou les deux dans le secteur public.

***Liens entre qualité et efficience.*** L'examen que fait cette étude de l'efficience dans le secteur public a montré une faible productivité des agents de santé et un niveau inadéquat de fournitures médicales et autres pour le personnel disponible. En outre, si les coûts moyens des soins dans les consultations externes publiques étaient relativement faibles, et plus faibles que dans certaines consultations externes privées, ils étaient les mêmes ou plus élevés que d'autres. Les coûts plus faibles du secteur public pour les consultations externes reflètent probablement davantage la qualité plus faible plutôt qu'une plus grande efficience dans l'utilisation de ressources. De fait, la faible qualité dans les établissements sanitaires publics est probablement une des principales causes de la faible productivité des agents de santé.

Par exemple, le manque de médicaments et de fournitures médicales diminue la demande pour les services sanitaires publics et mène à une sous-utilisation du personnel de santé. Une distribution biaisée des ressources en faveur du personnel et un financement inadéquat des médicaments et des fournitures nécessaires pour qu'ils puissent exercer efficacement leur métier mine tout effort fait pour offrir des soins efficaces et mine également la productivité du personnel. Le manque de conformité face aux protocoles de traitement amenuise l'efficacité de la prestation de services. Il n'est pas possible dans de telles circonstances d'arriver à une efficience optimale des services de santé.

Aussi, dans des circonstances marquées tant par une faible efficience que par une faible qualité, les décideurs du Ministère de la Santé ne seront pas amenés peut-être à faire le compromis normal entre qualité

et efficience. La comparaison des données des secteurs sanitaires public et privé de l'étude suggère qu'une catégorie de prestataires privés, les postes de santé catholiques, sont arrivés tant à une efficience plus élevée qu'à une qualité plus élevée que les établissements publics comparables. Ce résultat suggère que les décideurs pourraient simultanément améliorer tant la qualité que l'efficience dans les établissements du Ministère de la Santé.

*Liens entre politiques de médicaments, qualité et efficience.* En outre, les résultats de la présente étude, ainsi que d'autres montrent que l'approvisionnement adéquat en médicaments de base est non seulement nécessaire pour améliorer la qualité dans les établissements sanitaires publics mais est également nécessaire pour améliorer l'efficience. Assurer un stock adéquat de médicaments de base simultanément améliore l'efficacité du personnel de santé, attire les patients vers l'établissement et améliore la productivité des agents en augmentant le nombre de patients traités.

Ces résultats suggèrent que des politiques de médicaments appropriées sont probablement parmi les mesures les plus importantes au niveau des politiques qui pourraient améliorer simultanément l'efficience, la qualité et l'efficacité des soins de santé. Ils renforcent les recommandations faites ailleurs voulant que les Ministères de la Santé prêtent une attention particulière aux politiques d'achat et de distribution des médicaments, à la formation des agents de santé concernant les pratiques de prescription des médicaments appropriés et l'utilisation de médicaments génériques à plus faible coût.

Néanmoins, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public de sorte à améliorer également l'efficience peut avoir des conséquences difficiles pour les politiques liées au personnel au Sénégal et dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne. Par exemple, vu les problèmes du budget public en général, un équilibre plus approprié entre personnel et fournitures médicales demandera probablement qu'on prenne une part importante sur les salaires du personnel pour accorder ces fonds aux médicaments et autres dépenses de fournitures. De même, arriver à une productivité plus élevée du personnel demandera probablement une redistribution significative du personnel entre les établissements. Ces politiques risquent de rencontrer de fortes contraintes politiques. Néanmoins, tel que mis en évidence par les données présentées ici, là où il existe des inefficiences claires et substantielles au niveau de la prestation de services de santé dans le secteur public, les bénéfices qui peuvent être gagnés par une allocation plus efficiente des ressources ont également de bonnes chances d'être substantiels en ce qui concerne un accès élargi à la qualité des soins.

## CONCLUSIONS

Les résultats de cette étude démontrent l'utilité de réaliser une évaluation globale des indicateurs clés de la qualité et de l'efficience pour toutes les catégories des prestataires publics et privés de soins de santé. De telles études peuvent représenter une première étape pour trouver les aspects importants de l'efficience générale de l'octroi de ressources et les éventuels avantages pouvant être réalisés grâce aux améliorations. Ces études aident à cerner les domaines où il serait utile de faire des analyses plus détaillées. Elles peuvent également mettre à jour des variations importantes entre les secteurs public et privé ainsi qu'au sein de chaque secteur qui aident les ministères de la santé à évaluer quels sont les types de prestataires qui ont atteint la meilleure efficience et qualité et à voir où existent des points faibles qu'il faudra renforcer.

Les résultats de la recherche appliquée au Sénégal est également pertinente pour d'autres pays de l'Afrique subsaharienne qui envisagent d'adopter des politiques en vue d'améliorer l'accès à des soins de qualité. Ces données montrent qu'il peut y avoir des différences importantes dans l'efficacité et la qualité au sein du secteur privé et entre les secteurs public et privé. Ces différences ont des implications pour les politiques de secteur public face aux prestataires privés ainsi que pour les efforts déployés pour améliorer l'accès à des soins de qualité par le biais de services fournis ou financés par le gouvernement.

Les relations entre qualité et efficacité qu'a identifiées cette étude suggèrent que des stratégies d'amélioration de la qualité peuvent augmenter l'efficacité, la demande pour des services de santé et partant élargir l'accès. Au regard de la volonté des gens de payer pour des améliorations de qualité, ces stratégies peuvent également mobiliser des fonds pour maintenir la qualité et améliorer l'efficacité.

Le manque de ressources est souvent cité comme un obstacle de taille pour améliorer la performance des opérations sanitaires publiques. Certes, les ressources sont un problème central, mais les faits sur le manque de performance mis à jour par cette étude indiquent que la mise en place de mécanismes qui améliorent l'efficacité devrait accompagner voire précéder toute politique qui vise à augmenter l'ensemble de ressources consacrées aux soins fournis par le gouvernement.

# 1.0 INTRODUCTION

## 1.1 SOINS DE SANTÉ ET SECTEUR PRIVÉ

Dans la plupart des pays en développement, c'est l'Etat qui traditionnellement a assumé la principale responsabilité du financement et de la prestation des soins de santé. Toutefois, ces 20 dernières années, des contraintes de plus en plus lourdes et une demande de plus en plus grande ont mis en exergue les limitations des programmes de l'Etat ainsi que les conséquences apportées par ces limites. Diminuer le rôle de l'Etat, renforcer celui du secteur privé, ou encore faire les deux, sont des questions au niveau des politiques qui viennent se présenter actuellement au premier plan.

La participation active du gouvernement dans le financement des soins de santé semble répondre au souci d'équité. L'accès à un ensemble de base de services de santé est vu de plus en plus par un grand nombre de personnes comme le droit de tous les individus, quelle que soit leur capacité de payer. L'intervention du gouvernement se fait sous forme de prestations gratuites de soins de base en vue de supprimer les barrières financières à l'accès.

Souvent, l'on défend également l'engagement de l'Etat dans la production pour les mêmes raisons d'équité. Dans certaines circonstances, on peut défendre l'argument selon lequel si le gouvernement lui-même ne produit pas certains services de santé, ledits services ne seront pas offerts du tout, d'où une situation inéquitable. C'est généralement le cas des services hospitaliers dans les zones rurales pauvres et peu peuplées.

Le rôle dominant des gouvernements sur les marchés de santé a fait l'objet de critiques dans le monde entier. Les économistes sont de ceux qui critiquent le plus vivement ce rôle. Ils fondent leur jugement sur l'analyse de deux mesures économiques fondamentales : l'équité et l'efficacité. Ils prétendent que, en dépit des bonnes intentions, une participation excessive du gouvernement dans l'économie sanitaire nuit en fait au bien-être social, car cela diminue tant l'équité que l'efficacité.

La discussion quant au rôle du secteur privé dans la production des soins de santé peut facilement devenir - et l'a d'ailleurs été la plupart du temps - idéologique. L'on entend souvent des phrases du type « Privatisons les services sanitaires publics, car le secteur privé est plus efficace. » S'il est vrai que, dans d'autres domaines de l'économie, le secteur privé a été plus efficace que le gouvernement, il n'existe que très peu, voire aucune base empirique permettant d'étayer ce principe pour le secteur santé des pays en développement. De fait, notre examen de la littérature publiée et des expériences non publiées quant à l'efficacité de la production publique-privée se résume à quelques études reposant sur très peu de données et réalisées avec des méthodes pouvant être remises en question<sup>3</sup>. Par ailleurs, des preuves solides et riches s'accumulent de plus en plus quant à l'inefficacité des systèmes de santé publique<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Confère Bitran 1992.

<sup>4</sup> Confère Barnum et Kutzin 1993, et Banque mondiale 1987 et 1993.

Le débat idéologique va dans les deux sens. De fait, la perpétuité des politiques conférant à l'Etat un rôle dominant et parfois exclusif dans la production repose sur des idéologies du type suivant « le secteur privé est mauvais, car les prestataires privés cherchent à gagner de l'argent aux dépens de la société. » C'est ce type de raisonnement qui a freiné un débat plus sain, mettant de côté l'idéologie pour se tourner vers les faits concrets.

Les implications du point de vue d'efficacité de l'intervention publique dans la production des soins sanitaires sont au cœur même de la recherche appliquée. Une question importante au niveau des politiques sur laquelle nous nous penchons est la suivante : est-ce qu'on peut renforcer l'efficacité du système sanitaire en diminuant le rôle de l'Etat dans la production, tout en renforçant celui du secteur non gouvernemental. A l'évidence, on ne saurait répondre de manière satisfaisante à cette question par une théorie, pas plus qu'on peut y répondre en général pour tous les pays et toutes les circonstances. Mais ce que nous pouvons faire, et de fait, ce que nous avons cherché à faire ici, est d'étayer avec des faits empiriques d'un seul pays, le Sénégal, le débat politique.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons déterminé un échantillon représentatif à l'échelle nationale des prestataires sanitaires gouvernementaux et non gouvernementaux au Sénégal, réunissant les données primaires d'enquêtes sur le rendement, les coûts, le financement, l'utilisation des ressources et la qualité des soins. Nous en avons tiré des mesures d'efficacité et nous les avons comparées entre les divers prestataires.

## 1.2 CONTEXTE DES ÉTUDES

En 1991, le Gouvernement du Sénégal (GS), par le truchement du Comité de pilotage interministériel, a commandité plusieurs études sur le financement des soins de santé dans le secteur santé. Les études devaient dégager les informations nécessaires pour diagnostiquer les problèmes et formuler une réforme dans le secteur public. Il s'agissait des études suivantes :

- ▲ Synthèse de la littérature sur le financement des soins de santé
- ▲ Cadre juridique du financement des soins de santé
- ▲ Coûts, financement et efficacité des formations sanitaires publiques
- ▲ Déterminants de l'efficacité des comités de santé

Toutes les quatre études ont été financées par USAID/Dakar et ont été réalisées dans le cadre du projet HFS de l'AID. Voici une brève description de chaque étude.

### *Synthèse de la littérature*

La première des quatre études, Barlow, Dio et Touré (1991) ont revu et synthétisé 39 rapports sur le financement des soins de santé au Sénégal écrits depuis 1980. Les auteurs ont constaté que les chercheurs précédents avaient concentré leurs enquêtes sur quelques thèmes et avaient négligé plusieurs sujets importants. Les questions bien étayées celles se rapportant à la gestion financière dans les hôpitaux publics et les acquisitions de produits pharmaceutiques, et les questions bien moins examinées étaient le cadre juridique du financement des soins de santé, le rôle des prestataires non gouvernementaux dans la santé ainsi que la consommation et les dépenses pour la santé au sein des ménages.

## *Cadre juridique*

Une seconde étude qui cherchait à combler le manque de connaissances identifiée par Barlow et al. fut le *Cadre juridique du financement des soins de santé* (Dieng et Barlow 1991). L'étude a compilé les aspects réglementaires liés au financement des soins de santé, analysé les lois pour évaluer leur application, la conformité et les effets sur le financement, et a fait de premières recommandations en vue de modifier la législation.

## *Coût, financement et efficacité des formations sanitaires publiques*

Cette étude avait pour objet de 1) fournir des informations pour renforcer le processus budgétaire du Ministère de la santé au niveau central et 2) de cerner des mesures pour améliorer la production des prestataires publics. Un rapport parallèle fait par Bitran, Brewster et Ba (1994) présente les méthodes, les résultats de l'étude ainsi que les implications sur le plan des politiques. Un échantillon représentatif au niveau national de 95 formations sanitaires publiques (3 hôpitaux régionaux, 23 centres de santé, 46 postes de santé et 23 cases de santé) a été défini et des données primaires ont été réunies pour l'exercice fiscal 91. La recherche cherche également à combler certaines des lacunes dans la littérature identifiée par Barlow et al.

L'étude a identifié plusieurs inefficacités dans le système sanitaire public. Il s'agit des points suivants :

- ▲ Faible productivité et personnel distribué inégalement d'un point de vue géographique
- ▲ Qualité médiocre des soins telle que mesurée par des normes cliniques et en demandant l'avis aux patients et au personnel
- ▲ Pénurie de fournitures médicales et de médicaments de base à tous les niveaux du système, des hôpitaux jusqu'aux cases de santé
- ▲ Insuffisance des ressources financières et pourtant faibles paiements des utilisateurs
- ▲ Politique de prix inefficace dans les formations publiques : les paiements des utilisateurs pour les soins préventifs étaient aussi élevés que ceux pour les soins curatifs; pas de frais d'aiguillage; les prix hospitaliers n'étaient que marginalement plus élevés que les prix dans les formations sanitaires au niveau inférieur
- ▲ Système d'aiguillage qui semble mal fonctionner puisque les hôpitaux et les centres de santé aiguillent une proportion importante de leurs patients vers les établissements au niveau supérieur
- ▲ Absence de systèmes de comptabilité et d'information nécessaires aux fins d'une gestion efficace et de décision au bien-fondé.

L'étude faisait les recommandations suivantes au Gouvernement du Sénégal :

- ▲ Mettre à pied ou redéployer le personnel des formations sanitaires
- ▲ Améliorer la qualité des soins de santé en adoptant des protocoles de diagnostic et de traitement, et en formant et en supervisant le personnel médical
- ▲ Améliorer la qualité des soins en améliorant la disponibilité des fournitures médicales et des médicaments de base

- ▲ Réviser la structure de paiement et les systèmes de recouvrement de coût en place
- ▲ Analyser la structure de marché pour les produits pharmaceutiques; étudier la performance actuelle de la Pharmacie nationale et sa capacité à répondre à la demande; proposer une réforme du marché pharmaceutique
- ▲ Identifier et supprimer les problèmes à l'origine des mauvais modes d'aiguillage
- ▲ Concevoir et adopter des systèmes améliorés de comptabilité et d'information pour la gestion
- ▲ Adopter et appliquer une politique des médicaments essentiels.

### *Comités sanitaires*

Parallèlement à la recherche sur la performance du secteur public, HFS a fait une quatrième étude intitulée *Analyse de la performance des comités de santé* (Thioune 1993) utilisant une approche étude de cas et un échantillon de 27 comités de santé (3 hôpitaux, 10 centres de santé et 11 postes de santé). Cette étude répondait également au manque d'information identifié par Barlow et al. concernant le rôle que jouent les associations locales de promotion sanitaire dans le financement des soins de santé. L'étude a cherché à identifier les facteurs affectant l'efficacité des comités sanitaires par le biais d'interviews avec des membres des comités, de représentants de la population et du personnel des formations sanitaires.

Outre la recherche achevée susmentionnée, HFS est en train de faire trois recherches supplémentaires, y compris celles dont les résultats sont présentés dans le présent document. Il s'agit des études suivantes :

- ▲ Analyse de la demande des soins de santé des ménages
- ▲ Etude sur le développement du secteur privé
- ▲ Etude comparative publique-privée des coûts, du financement et de l'efficacité (présentés dans ce rapport).

### *Demande pour les soins de santé*

Une enquête des modes de consommation des ménages, connue sous le nom d'Enquête des priorités, a été faite par le Programme des dimensions sociales de l'ajustement (DSA) de la Banque mondiale, en 1991. La Banque mondiale<sup>5</sup> a fait une analyse préliminaire de cette information. L'USAID/Dakar a fourni un financement complémentaire et a demandé à ce que HFS entreprenne une analyse complémentaire des dépenses pour les soins de santé, les modes de consommation et de la demande. En ajoutant l'information sur la demande, soit le côté consommation du marché, cette analyse devrait compléter l'étude, axée sur l'offre, des coûts, du financement et de l'efficacité. La base d'échantillonnage pour les prestataires des soins de santé est analogue à celle adoptée par l'Enquête auprès des ménages de la Banque mondiale et, partant, HFS pense pouvoir appareiller les formations sanitaires et les données sur les ménages. L'étude sur les ménages pourra fournir des informations qui autrement ne seraient pas disponibles pour HFS, par exemple les modes sur les choix des prestataires, l'utilisation de médicaments traditionnels, les soins à la maison et l'automédication. Actuellement, cette recherche est en cours. Elle devrait être finie au milieu de l'année 1994.

---

<sup>5</sup> Confère République du Sénégal 1993.

### *Développement du secteur privé*

Une analyse des déterminants du développement du secteur privé dans le domaine de la santé est en train d'être réalisée par le projet HFS au Sénégal, soutien financier du projet HHRAA de l'AID. L'étude brossera un tableau de la prestation privée actuel du service de santé, et montrera l'évolution de ces services et cerner les déterminants du développement sectoriel. La recherche tiendra compte des politiques publiques qui existent à l'intérieur et à l'extérieur du secteur santé, ainsi que des facteurs n'entrant pas dans le contrôle de l'Etat qui affectent le développement du secteur privé.

### *Analyse comparative des coûts, du financement et de l'efficience dans les secteurs public et privé*

L'efficience relative des prestataires sanitaires publics et privés est une question politique extrêmement pertinente et, pourtant, elle manque de réponses empiriques. Si l'on constatait que les prestataires privés sont plus efficaces que les prestataires publics, il y aurait d'éventuels gains sociaux liés à une prestation soins privés subventionnés par le gouvernement. Suite à son importance, les *Différences publiques-privées dans l'efficience* est l'un des neuf domaines des grands travaux de recherche appliquée identifiés par HFS dans son Programme de recherche appliquée (HFS 1991). Les résultats de cette recherche présentés dans ce document devraient contribuer aux connaissances actuelles puisqu'ils permettent de répondre aux questions suivantes sur le plan politique et méthodologique :

- ▲ Est-ce que le secteur public arrive à produire efficacement des services de santé?
- ▲ Quelle est l'efficacité du secteur privé?
- ▲ Quelle est l'efficacité relative des deux secteurs?
- ▲ Comment pourrait-on utiliser plus efficacement les subventions de l'Etat en dépendant, partiellement ou entièrement, d'une prestation privée de soins subventionnés par l'Etat?
- ▲ Quel type de collaboration mutuellement bénéfique pourrait-être conclu entre les secteurs public et privé?
- ▲ Quelles sont les mesures qu'on peut prendre pour améliorer l'efficacité productive des formations sanitaires publiques et privées?
- ▲ Dans quelle mesure les diverses méthodes utilisées pour mesurer l'efficacité sont-elles utiles?

HFS a entrepris une enquête auprès des prestataires sanitaires non gouvernementaux, suivant l'enquête auprès des prestataires publics aux fins de faire une analyse comparative des coûts, du financement et de l'efficience. C'est également l'USAID/Dakar qui a fourni le financement pour l'étude du secteur privé. Les instruments de l'enquête, les méthodes de recherche à la période de référence étaient les mêmes pour les deux études. Ce document présente des informations sur la performance de prestataires non gouvernementaux et la compare à celle des prestataires publics. Un document séparé (Pogodzinski, à paraître) examine l'efficacité relative des prestataires publics et privés en utilisant des analyses statistiques et économiques.

Le présent document constitue la troisième étape d'une recherche appliquée en trois étapes, réalisée par HFS dans le domaine des *Différences publiques-privées dans l'efficacité* (réf. HFS, 1991). Les travaux de la première étape (Bitran 1992) présentaient un examen de la littérature et des expériences sur la mesure des coûts et de l'efficacité des services de santé, ainsi qu'un plan de recherche préliminaire pour les travaux concernant l'efficacité au Sénégal et dans d'autres pays. Le document de la première étape est un document accompagnant le présent document. L'étape 2 représentait le travail de collecte de données sur le terrain.

### 1.3 OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Fondée sur un échantillon de prestataires sanitaires non gouvernementaux (confère description de la base d'échantillonnage dans la *Section 3*), cette étude avait pour but :

- ▲ De fournir des informations sur les indicateurs de performance relative des prestataires sanitaires publics et privés, étudier les éventuels gains sociaux liés à une plus grande collaboration publique privée pour le financement et la prestation des soins de santé; et
- ▲ De proposer des mesures de réforme de la politique qui permettrait une plus grande collaboration entre les deux secteurs, là où l'on juge cette collaboration souhaitable d'un point de vue social.

Voici les objectifs principaux de l'étude :

- ▲ Réunir des informations sur la fréquentation
- ▲ Mesurer les coûts totaux et unitaires des formations sanitaires pour les principaux services curatifs et préventifs prêtés
- ▲ Mesurer la qualité des soins, tant technique que la qualité perçue
- ▲ Tirer des mesures de l'efficacité technique et économique à partir de l'information sur les coûts et la qualité
- ▲ Identifier les sources de financement des soins de santé, notamment les paiements des utilisateurs, les contributions communautaires, le soutien budgétaire de l'Etat et le financement des bailleurs de fonds
- ▲ Décrire les méthodes et les niveaux du recouvrement de coûts
- ▲ Comparer l'information ci-dessus pour les prestataires gouvernementaux et non gouvernementaux.

### 1.4 ORGANISATION DU RAPPORT

Le restant de ce document est organisé de la manière suivante. Pour faciliter l'interprétation des méthodes et résultats, nous présentons d'abord dans la *Section 2* des définitions des concepts techniques importants utilisés dans l'étude. La *Section 2* présente également les méthodes de l'étude, notamment les critères d'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse des données. La *Section 3* présente les résultats de l'étude et la *Section 4* des conclusions et des recommandations en matière de politique. L'Annexe A est le questionnaire utilisé pour l'enquête auprès des prestataires privés. L'Annexe B comprend des tableaux et l'Annexe C présente des figures complémentaires.

## 2.0 METHODE

Ce chapitre présente d'abord des définitions des termes techniques clés utilisés dans la recherche. Deuxièmement, il explique la conception, l'exécution et l'analyse de l'étude. Ensuite, il décrit les instruments de collecte de données et les méthodes d'échantillonnage utilisées pour choisir les formations non gouvernementales ainsi que les patients et le personnel de ces formations. L'étude couvre la période allant du 1er juillet 1990 au 30 juin 1991, c'est-à-dire l'exercice fiscal sénégalais de 1991.

### 2.1 DÉFINITIONS

Dans ce chapitre, nous avons défini les concepts suivants :

- ▲ Coût
- ▲ Coût total et coût unitaire
- ▲ Coûts et dépenses
- ▲ Coûts économique et coût comptable
- ▲ Efficience technique
- ▲ Efficience économique
- ▲ Mesure de l'efficience
- ▲ Rendement sanitaire, résultats sanitaires et efficience du prestataire
- ▲ Efficience de l'octroi

#### *Coût*

Le coût de la production d'un service de santé est la valeur monétaire de toutes les ressources employées dans la production. Généralement, il faut de nombreuses ressources pour produire un service : diverses catégories de personnel (médecins, infirmiers, comptables, portiers), fournitures (médicaments, seringues, alcool, aliments) et équipements et locaux (microscope, radio, véhicules, lits et bâtiments).

#### *Coût total et coût unitaire*

Le coût total est la somme de tous les coûts encourus pour produire un certain volume de services. Les économistes comme les comptables sont intéressés par la mesure du coût total. Cependant, les économistes ont un intérêt particulier à mesurer le coût d'une unité de service, soit le coût unitaire. Par exemple, l'économiste pourra demander : Combien coûte-t-il pour vacciner un enfant, ou quel est le coût unitaire de la vaccination d'un enfant? Deux mesures de coût unitaire sont couramment utilisées : le coût moyen et le coût marginal. Le coût moyen est le coût total divisé par le nombre d'unités produites. Par exemple, si CT est le coût total de la vaccination de Q enfants, alors le coût moyen de la vaccination d'un enfant est le coût total divisé par le nombre d'enfants vaccinés, soit  $CT/Q$  par enfant. Le coût marginal est le coût que le prestataire doit encourir pour produire une unité supplémentaire de services, par exemple, le coût supplémentaire que la

formation sanitaire encourt pour vacciner l'enfant numéro Q+1. Généralement, le coût moyen et le coût marginal sont différents. Chaque mesure apporte des informations économiques différentes mais toutes utiles.

Le présent rapport se concentre sur l'estimation du coût total de la formation sanitaire et du coût moyen. Les analyses économétriques parallèles des coûts pour les prestataires des secteurs public et privé (confère *Section 1*) nous donnent des estimations, tant du coût moyen que du coût marginal.

### *Coût et dépenses*

Aux fins de faciliter la notation, les termes coût et dépenses sont utilisés de manière interchangeable dans ce document, bien qu'en fait ce que nous mesurons ici sont les dépenses. Vu que les dépenses tendent à saisir uniquement les paiements, les dépenses sont généralement plus faibles que le total des coûts. Par exemple, l'amortissement et la formation sont des exemples de coût qui, souvent, ne sont pas notés dans les comptes rendus de dépenses.

Une mesure attentive du coût demande que l'on estime toutes les ressources ou intrants utilisés directement ou indirectement pour la production. L'information sur les coûts donnée dans cette étude provient des dossiers des formations sanitaires qui, malheureusement, ne donnent pas la valeur de tous les moyens de production. Par exemple, les dossiers n'incluent pas d'informations sur les coûts d'investissement et d'amortissement de l'équipement des véhicules et des locaux. Par conséquent, l'équipe de l'étude a réuni des informations sur le nombre, le type et l'état des équipements, véhicules et bâtiments, cherchant à calculer leur coût en utilisant les informations obtenues au niveau central sur les investissements, la valeur sur le marché ou l'amortissement<sup>6</sup>. De plus, les formations sanitaires ne gardaient pas toujours les données sur les paiements faits pour les achats de produits pharmaceutiques. Par conséquent, l'équipe a réuni des données sur les fournitures consommées pendant la période de référence d'une année et ensuite a calculé les chiffres sur les dépenses en fonctions des informations sur les prix obtenues au niveau local ou central. Ce travail a été très long, puisqu'il existe un grand nombre de produits consommés.

### *Coût économique et coût comptable*

Les économistes calculent généralement le coût des ressources utilisées dans la production en fonction de la valeur que la société assigne à ces ressources. Cette valeur est connue sous le nom de *prix social* ou *prix virtuel*. En revanche, les comptables mesurent généralement le coût en fonction de la somme au comptant versée pour acheter les intrants consommés dans la production. Souvent, ces mesures diffèrent entre elles. Par exemple, les comptables notent le coût des produits pharmaceutiques consommés comme étant la quantité d'argent versée aux fournisseurs de ces produits. En revanche, les économistes peuvent ajuster à la hausse ou à la baisse à tel paiement s'ils pensent que la monnaie locale est sous-évaluée ou surévaluée en fonction de la devise étrangère utilisée pour acheter ces produits importés. Ou alors, les économistes peuvent assigner un coût zéro à un bien sans valeur économique, alors qu'un comptable, se conformant aux réglementations de compte rendu, pourra continuer pendant des années à noter comme coût l'amortissement de ce bien. Le présent rapport utilise l'approche comptable pour calculer le coût, c'est-à-dire l'information sur les coûts donnée reflète les paiements au comptant effectués pour le personnel et les fournitures utilisées pour la production.

---

<sup>6</sup> En fin de compte, les problèmes de temps et de disponibilité de données ont fait que l'équipe de recherche n'a pas pu inclure l'amortissement dans ses estimations.

### *Effizienz technique*

Deux concepts importants interviennent dans l'analyse de l'effizienz d'un processus de production : l'*effizienz technique* et l'*effizienz économique*<sup>7</sup>. Une procédure est techniquement effizienz si les intrants de production (par exemple, personnel, médicaments et équipements) sont combinés de sorte à arriver au maximum possible de rendement (par exemple, consultations externes, hospitalisations)<sup>8</sup>. Aussi, une procédure sera-t-elle jugée techniquement plus effizienz qu'une autre si soit elle produit la même quantité en utilisant moins d'intrants, soit elle produit une quantité plus grande en utilisant le même nombre d'intrants. La mesure de l'effizienz technique n'intègre par l'information sur les prix et les coûts des facteur intermédiaires ou ressources. Elle traite uniquement des quantités physiques de ressources.

### *Effizienz économique*

L'effizienz économique élargir le concept de l'effizienz technique pour tenir compte des prix des ressources de la production. Une procédure est déficiente d'un point de vue économique si les ressources sont combinées de sorte à produire un niveau donné à un *coût minimum*. Généralement, bien qu'il puisse y avoir de nombreuses options effizienz techniquement pour produire une quantité donnée *Q*, il n'existe qu'une manière économiquement effizienz de le faire<sup>9</sup>

Dans la présente étude, nous traitons des deux concepts d'effizienz, technique et économique. Pour évaluer l'effizienz technique, les niveaux de rendement sont reliés aux niveaux de ressources. Par exemple, nous mesurons le nombre de consultations externes produites par un médecin par jour. Pour estimer l'effizienz économique, le rendement est relié au coût de la production.

Pour être économiquement effizienz, un prestataire doit combiner les ressources de production de la manière la moins chère possible pour arriver à un niveau de rendement donné. En plus, il doit acheter les moyens de production aux prix les plus faibles. Dans de nombreux cas, surtout dans des systèmes centralisés où les producteurs n'ont guère le choix du fournisseur et, partant, des prix des ressources, leur seule manière d'améliorer l'effizienz économique est de combiner les ressources de la manière la moins coûteuse. Toutefois, certaines rigidités dans le recrutement des ressources limitent parfois les possibilités qu'ont les responsables des formations sanitaires de minimiser leur coût de production. C'est souvent le cas dans des systèmes très centralisés où des décisions à propos des niveaux de ressources, tout particulièrement le personnel, sont prises par les décideurs de haut niveau, parfois de manière qui ne répond pas aux besoins locaux.

---

<sup>7</sup> Les chercheurs dans le domaine des services de santé aux Etats-Unis utilisent les termes « efficacité » pour parler de l'effizienz technique et « adéquation » pour parler de l'effizienz économique.

<sup>8</sup> Pauly (1970), p. 114.

<sup>9</sup> Il existe certains processus de production inhabituelle qui afficheront plus d'une configuration économiquement effizienz.

## *Mesure de l'efficience*

Trois facteurs font de la mesure de l'efficience une vraie gageure <sup>10</sup>. Premièrement, la qualité des soins varie généralement d'un prestataire à l'autre. A moins que l'on ne mesure et que l'on ne tienne compte de la qualité, les mesures de l'efficience peuvent être inexactes. Par exemple, prenons deux prestataires : l'un qui utilise de petites quantités de ressources pour produire un service de faible qualité, et un autre qui utilise plus de ressources pour produire un produit de meilleure qualité. Supposons que les deux produisent le même volume de services (par exemple, le même nombre de consultations). Si l'on ne tient pas compte de la qualité, l'on pourrait conclure à tort que le prestataire qui utilise moins de ressources (prestataire à faible qualité) est le plus efficace. Mais, si l'on tient compte de la qualité, un tableau différent se présente <sup>11</sup>. Pour mesurer l'efficience, le chercheur doit se demander : à niveau de qualité donnée, quel est le prestataire qui produit un volume donné de services avec la plus petite quantité de ressources (efficience technique) au coût le plus faible (efficience économique)?

Deuxièmement, la combinaison de cas varie également d'un prestataire à un autre et, partant, complique la mesure de l'efficience. Par exemple, on peut produire surtout des accouchements normaux, alors que l'autre peut s'occuper davantage d'accouchements compliqués. Vu qu'il faut plus de ressources pour les accouchements compliqués, la différence dans la combinaison de patients doit être envisagée avant que l'on ne fasse des inférences quant à l'efficience.

Troisièmement, les prix donnés des ressources de la production, par exemple, le personnel et les produits pharmaceutiques, ne reflètent peut-être pas le véritable coût social, ou prix virtuel, de ces ressources. Les estimations exactes de l'efficience sociale devraient se fonder sur les prix sociaux. Malheureusement, cette information est difficile à obtenir.

Une grande partie de la collecte des données pour cette étude se consacrait à la mesure de la qualité des soins et à la combinaison de cas. On n'a pas obtenu les prix sociaux et, partant, l'étude fonde les estimations sur les coûts et l'efficience des prix donnés par les prestataires. Deux aspects de la qualité des soins ont été évalués : l'aspect technique et l'aspect perçu. La qualité technique a été jugée en mesurant la disponibilité des moyens de production et en observant la conformité aux normes standard des soins. La qualité perçue a été mesurée en interviewant les patients et les agents de santé. L'information sur les combinaisons de cas a été obtenue grâce à la notification attentive du rendement des formations sanitaires, à savoir les types et volumes de services fournis pendant l'année de référence.

---

<sup>10</sup> Confère Barlow et Kutzin (1993) et Bitran (1992) pour une discussion plus approfondie de la mesure de l'efficience.

<sup>11</sup> Cet exemple ne veut nullement impliquer que les prestataires à meilleure qualité sont toujours plus chers. Le fait opposé peut être vrai.

## *Rendement de santé, résultats de santé et efficience des prestataires*

Le *rendement de santé* représente les services médicaux produits par le système de santé. Il s'agit des consultations, des vaccinations d'enfants et des accouchements avec assistance médicale. Le *résultat de santé* est l'effet du rendement sur l'état de santé des particuliers. Par exemple, le rendement *vaccinations* produit l'effet de *diminution de la mortalité infantile et maternelle*. Le but final des interventions sanitaires est d'améliorer l'état de santé. Par conséquent, pour évaluer l'efficience d'un système de santé, l'on se concentrera sur les effets sanitaires des interventions. Malheureusement, mesurer les effets d'intervention ou prestataires spécifiques est difficile, car maints autres facteurs que les soins de santé entrent en ligne de compte et affectent l'état de santé des gens. Pour simplifier le problème, nous basons dans cette étude nos mesures de l'efficience sur le rendement des prestataires. Pour diminuer les erreurs liées à cette simplification, nous mesurons la qualité des soins. Pour mesurer l'efficience des prestataires, nous relierons les ressources au rendement, tenant compte de la qualité des soins. Notre hypothèse est que deux prestataires utilisant la même quantité de ressources pour produire le même volume de rendement de qualité égale sont l'un aussi efficace que l'autre.

## *Efficience de l'octroi*

Un système de santé est efficace si les ressources sont octroyées entre les divers niveaux, formations sanitaires et services, de sorte à arriver au niveau de rendement ou d'effet le plus élevé possible. L'efficience de l'octroi est un concept plus large qui implique également l'efficience technique et économique. La présente étude se penche surtout sur l'efficience technique et économique au niveau formations sanitaires, mais cherche aussi, par ailleurs, à arriver à des conclusions concernant l'efficience générale du système. On y arrive en comparant l'efficience entre les formations sanitaires d'un même type, par exemple les centres ou les cases.

## **2.2 CONCEPTION, EXÉCUTION ET ANALYSE DE L'ÉTUDE**

La conception de l'étude suivant de près celle faite auprès des prestataires publics (Bitran, Brewster et Ba 1994). Un échantillon représentatif au niveau national des prestataires non gouvernementaux a été déterminé. Des questionnaires conçus tout spécialement étaient utilisés pour réunir les informations, au niveau des formations sanitaires, sur les coûts, le financement, la fréquentation et la qualité des soins. Les différences dans les habitudes de notification de données entre les prestataires publics et privés ont fait qu'il a fallu adapter marginalement les questionnaires par rapport à ceux utilisés dans l'enquête auprès du secteur public. Mais pour que les comparaisons soient possibles, les types d'informations réunis correspondaient exactement à ceux de l'étude précédente. Les données ont été réunies par une équipe de 12 enquêteurs entraînés, dont la plupart avaient participé au travail précédent de collecte des données fait dans le secteur public. Les questionnaires de l'enquête auprès du secteur privé sont donnés à l'Annexe A. Le *Tableau 2-1* nous donne une vue générale des types d'informations obtenus par la présente enquête.

**TABLEAU 2-1  
STRUCTURE DES INSTRUMENTS DE L'ENQUETE**

Coûts, financement et fréquentation			Qualité
Coûts	Financement	Fréquentation	
<p>1) Sous forme de matrice, personnel des formations classé en fonction de la catégorie de payeur.</p> <p>Catégories de payeurs, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Paiement de l'utilisateur</li> <li>▲ Financement des bailleurs de fonds</li> <li>▲ Autres sources</li> </ul> <p>Pour chaque catégorie de personnel, l'information suivante a été notée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Nombre du personnel</li> <li>▲ Salaire annuel moyen</li> <li>▲ Total salaires</li> </ul> <p>2) Investissement dans l'équipement et les bâtiments.</p> <p>Pour l'équipement, l'information a été réunie (&lt;1 an; 1-5 ans; 6 ans ou plus)</p> <p>Pour les bâtiments, l'information sur la superficie et l'âge des locaux a été obtenue.</p>	<p>1) Paiement salarial par trois sources de financement donné dans la colonne précédente</p> <p>2) Pour chaque service offert, les informations suivantes ont été obtenues sur le recouvrement des coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Prix</li> <li>▲ Recettes aux périodes de référence d'une année</li> <li>▲ Pourcentage de patients non payants</li> </ul> <p>3) Matrice sur les sources et emplois de fonds, y compris tous les coûts renouvelables en tant qu'emplois (rangées) et les trois sources de fonds (colonnes)</p>	<p>1) Sous forme de matrice, cette section a réuni les données sur les unités de services fournis pour des enfants et des adultes (rangées) par catégorie de personnel (colonnes).</p> <p>Services notés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Visites et épisodes curatifs externes</li> <li>▲ Visites et épisodes prénatales</li> <li>▲ Visites de suivi de la croissance</li> <li>▲ Planification familiale, nouveaux et anciens utilisateurs</li> <li>▲ Produits de planification familiale distribués</li> <li>▲ Cas de diarrhée traités avec les sels de réhydratation orale</li> <li>▲ Vaccinations (BCG, 3 doses DTCO, rougeole, fièvre jaune)</li> <li>▲ Hospitalisation (services, isolement, maternité)</li> <li>▲ Jours d'hospitalisation</li> <li>▲ Visites de supervision aux formations sanitaires au niveau inférieur</li> </ul> <p>Personnel médical comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Médecin</li> <li>▲ Infirmier</li> <li>▲ Sage-femme</li> </ul> <p>2) Nombre d'examen de laboratoire et radiologie donné, faisant la différence entre consultations externes et malades hospitalisés.</p> <p>3) Quantité de médicaments prescrits pour une liste choisie d'environ 40 médicaments utilisés couramment, représentant 80 % ou plus de la valeur totale des médicaments distribués</p>	<p>1) Pour l'équipement médical et les véhicules, nombre d'unités fonctionnant pendant l'année de référence</p> <p>2) Pour les médicaments et autres fournitures médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Disponibilité du projet au moment de l'enquête</li> <li>▲ Durée des ruptures de stocks pendant l'année de référence</li> </ul> <p>3) Pour le personnel médical, nombre d'employés qui ont suivi un recyclage les deux dernières années</p> <p>4) Propreté des locaux et disponibilité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Services d'hygiène</li> <li>▲ Electricité</li> <li>▲ Eau potable</li> <li>▲ Protocoles de traitement pour certains problèmes de santé</li> <li>▲ Fourniture de planification familiale</li> <li>▲ Examens de laboratoire</li> </ul> <p>5) Observation et évaluation de la conformité du personnel médical à des pratiques types de diagnostic et de traitement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Echantillons de patients venant avec fièvre ou diarrhée comme symptôme principale</li> <li>▲ Echantillons d'accouchements</li> <li>▲ Echantillons de patients pour procédures médicales routinières (échantillons de sang, transfusion sanguine, désinfection de la plaie, injection, prise de poids)</li> </ul> <p>6) Perception de la qualité du personnel, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Disponibilité de fournitures médicales de base</li> <li>▲ Autoévaluation de la qualité des soins dans l'établissement</li> <li>▲ Evaluation des améliorations de qualité nécessaires dans la formation</li> </ul> <p>7) Perception de la qualité par un échantillon aléatoire de patients</p>

## 2.3 ECHANTILLONNAGE

Les critères de sélection des échantillons étaient les suivants : 1) le fait que la distribution géographique des formations sanitaires privées corresponde étroitement à celle des formations publiques de l'étude précédente; 2) que les formations sanitaires privées soient aussi comparables que possible aux formations sanitaires publiques—comparabilité qui se fondait sur la diversité des services fournis (il fallait plus que simplement des visites ambulatoires curatives); et 3) que les prestataires soient prêts à participer à l'activité et répondent aux conditions d'information de l'étude.

Quatre types de formations sanitaires non gouvernementales ont été identifiés et inclus à l'étude :

- ▲ Postes de santé catholiques
- ▲ Dispensaires de société
- ▲ Prestataires privés à but lucratif
- ▲ Autres prestataires, y compris la Croix-Rouge, les dispensaires musulmans et les postes de santé de l'Armée.

### *Postes de santé catholiques*

Divers types de prestataires non gouvernementaux travaillent au Sénégal. Probablement que le groupe le plus grand et le plus uniforme est le réseau catholique des postes de santé. On les trouve sur l'ensemble du pays et ils sont d'environ 70. L'entité qui les dirige a été contactée par l'équipe de l'étude et s'est montrée prête à participer à la présente recherche. A l'instar de l'étude dans le secteur public, on a cherché à obtenir un échantillon représentatif à l'échelle nationale, tout en tenant compte du budget de l'étude. Par conséquent, 30 postes de santé catholiques, soit environ la moitié de l'univers, ont été choisis dans cinq groupements régionaux et dans la capitale, Dakar.

### *Dispensaires d'entreprise*

Les dispensaires d'entreprise constituaient un second groupe de prestataires non gouvernementaux. Au Sénégal, comme dans la plupart des pays voisins, certaines entreprises ont mis sur pied leurs propres services de santé avec une petite clinique ou un dispensaire. La plupart des entreprises qui gèrent des services de santé étaient des entreprises publiques qui fonctionnaient de manière autonome sous un statut d'entreprises parapubliques. Il existe environ dix entreprises de ce type dans le pays, dont deux avaient un service dans chaque région, et environ trois à quatre avaient plus d'un dispensaire au même endroit. Toutes ont été contactées et se sont montrées désireuses de participer à l'étude. Toutefois, un grand nombre des dispensaires régionaux n'avaient que de faibles niveaux de rendement, et par conséquent n'ont pas été inclus dans l'enquête. Il en restait 13 qui ont participé à l'enquête. Certains dispensaires fournissent des services à des patients qui ne font pas partie de l'entreprise, sur la base paiement en contrepartie de services.

### *Prestataires privés à but lucratif*

Il existe environ 200 praticiens privés agréés au Sénégal, dont la vaste majorité n'offre que des visites de soins curatifs dans leurs cabinets. Toutefois, la plupart des 200 praticiens étaient des prestataires individuels, travaillant dans leur cabinet et n'offrant que des soins ambulatoires curatifs et, par conséquent, seuls quelques-uns répondaient aux critères de sélection (2) concernant la diversité des services. Il existe également 20 maternités privées à but lucratif, mais aucune d'entre elles ne répondait aux critères (2). Sur les 15 restantes qui répondaient aux critères de sélection, 7 avaient un rendement médical trop faible, et deux autres ont refusé de fournir des informations financières, d'où un échantillon final de 6 prestataires.

### *Autres prestataires non gouvernementaux*

Il existe très peu d'informations sur les types et nombres des autres prestataires privés qui travaillent au Sénégal. Les catégories de prestataires identifiées étaient la Croix-Rouge, les musulmans ainsi que les Armées sénégalaise et française. Huit des prestataires qui ont été identifiés se sont montrés d'accord pour collaborer avec l'équipe de l'étude.

Le *Tableau 2-2* et la *Figure 2-1* présentent l'échantillon de l'étude composé d'un total de 57 prestataires non gouvernementaux, travaillant dans des formations sanitaires. Le *Tableau 2-2* indique également l'univers total estimé de formations sanitaires du pays et l'échantillon en tant que pourcentage de l'univers.

TABLEAU 2-2 ECHANTILLON DE L'ÉTUDE ET UNIVERS NATIONAL DE FORMATIONS SANITAIRES NON GOUVERNEMENTALES			
Formations sanitaires	Taille de l'échantillon	Univers	Echantillon en tant que % de l'univers
Postes de santé catholiques	30	72	42
Dispensaires de clinique	13	30	43
Privées à but lucratif	6	15	40
Autres (Croix-Rouge, Musulmans et Armée)	8	16	50
Total	57	133	43

*Tableau 2-3* présente l'échantillon en fonction de l'emplacement géographique et du rendement annuel. A l'instar de l'étude dans le secteur public, cinq groupes géographiques ont été identifiés, dont quatre groupes dans les deux régions, et un cinquième groupe recoupant la capitale. Ce groupement est utilisé couramment par l'administration publique sénégalaise. Quatre groupements de rendement ont été définis en fonction de la fréquentation annuelle des soins ambulatoires curatifs. Chaque groupe est un quartile et, partant, représente un quart de l'échantillon total.

## Taille de l'Echantillon, par type de Prestataire

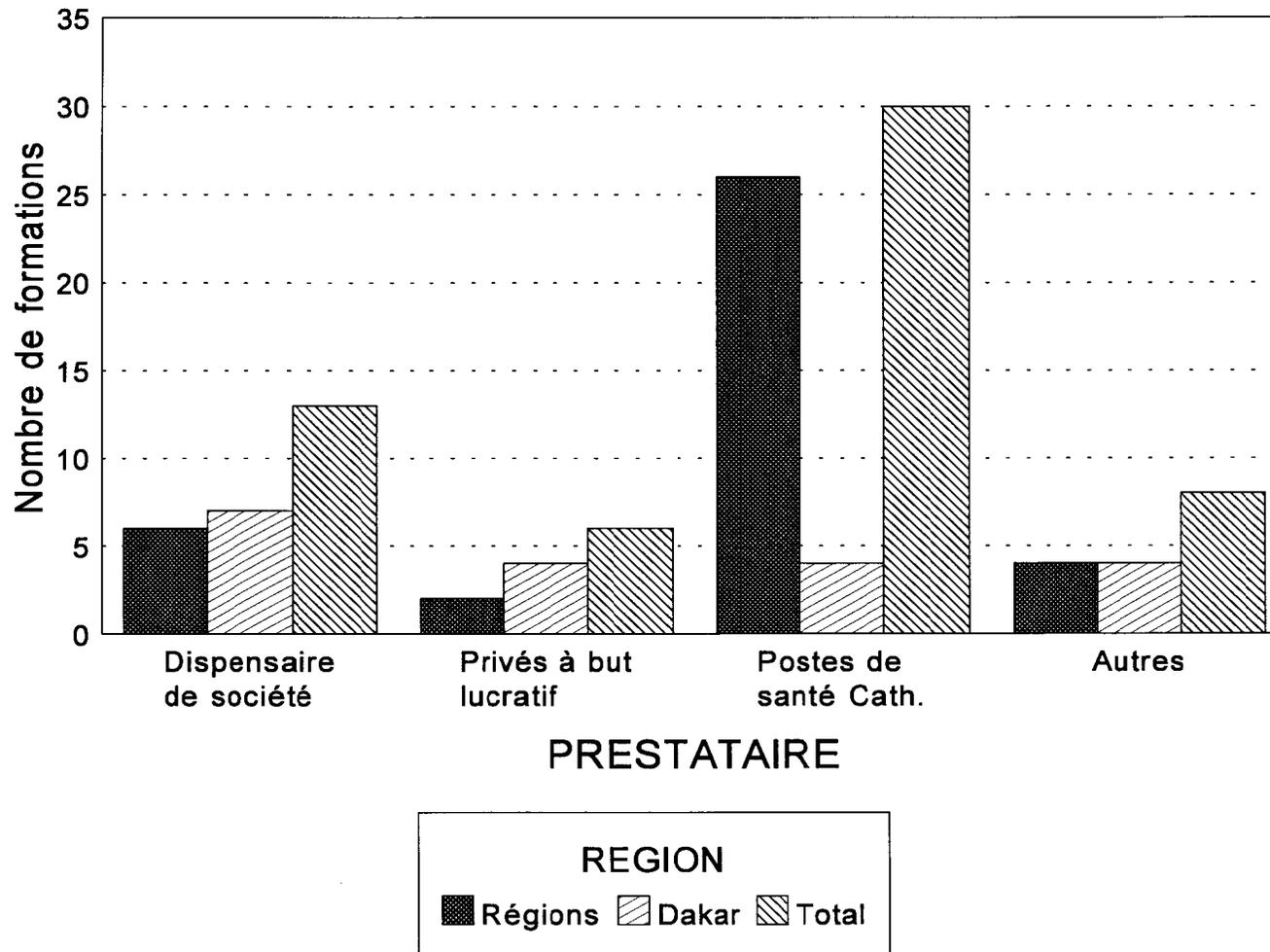


Figure 2-1 Taille de l'échantillon, par type de prestataire

TABLEAU 2-3  
TAILLE ET DISTRIBUTION DE L'ÉCHANTILLON

RÉGION	QUARTILE D'UTILISATION (Visites ambulatoires curatives par mois)				
	QU1 Moins de 3800	QU2	QU3	QU4	TOTAL
Dakar	7	5	1	6	19
Fatick-Kaolack	2	5	6	0	13
St.Louis-Louga	1	1	1	1	4
Tambacounde-Kolda	2	0	1	1	4
Thies-Diourbel	3	4	6	7	20
Total	15	15	15	15	60
TYPE					
Clinique	4	1	1	0	6
Dispensaire	9	14	13	13	49
Hôpital	0	0	0	2	2
Total	13	15	14	15	57
PROPRIÉTAIRE					
Dispensaire entreprise	4	4	2	3	13
Postes catholique	1	8	10	11	30
Privé à but lucratif	4	1	1	0	6
Autres	4	2	1	1	8
Total	13	15	14	15	57
<p>Note: A partir de la section <i>Type</i>, les statistiques se fondent sur 57 formations sanitaires. Trois ont été éliminées, car non appropriées (médicales, cabinet ou service préventif itinérant).</p>					

## 3.0 RESULTATS

Ce chapitre est organisée selon les sections suivantes :

- ▲ Fréquentation
- ▲ Coûts
- ▲ Analyse du ratio du coût unitaire
- ▲ Productivité du personnel
- ▲ Politique de prix
- ▲ Financement
- ▲ Qualité des soins

Les résultats dans chaque section concernant les prestataires non gouvernementaux sont présentés avec les commentaires, puis suivis d'une comparaison avec les résultats provenant de l'étude de Bitran, Brewster et Ba (1994) concernant les formations sanitaires publiques.

### 3.1 FRÉQUENTATION

Les prestataires non gouvernementaux prêtaient surtout des soins ambulatoires. Les soins hospitaliers—hospitalisations et accouchements—étaient produits en petites quantités dans les cliniques à but lucratif et les cliniques « autres ». L'information sur la fréquentation des services ambulatoires et hospitaliers est présentée, respectivement, sur les *Figures 3-1 et 3-2*. Tel qu'on peut le voir sur la *Figure 3-3*, à l'exception des prestataires à but lucratif, qui offraient des vaccinations pour enfants comme leurs seuls services préventifs, les trois autres prestataires fournissaient un ensemble assez complet de soins préventifs.

En moyenne, les postes catholiques étaient légèrement plus petits que les centres de santé publique du point de vue rendement ambulatoire (*Figure 3-1*). Les dispensaires se situaient entre les centres publics et les postes de santé publique. Les cliniques « autres » étaient un peu plus petites que les postes de santé publique et les cliniques à but lucratif représentaient environ un tiers de la taille des postes de santé publique. En ce qui concerne le rendement hospitalier, les cliniques à but lucratif et les cliniques « autres » étaient nettement plus petites que les centres de santé publique (*Figure 3-2*). La composition des soins préventifs était analogue entre les postes catholiques et les centres et postes de santé publique (*Figure 3-3*).

## Utilisation des soins ambulatoires, par type de prestataire

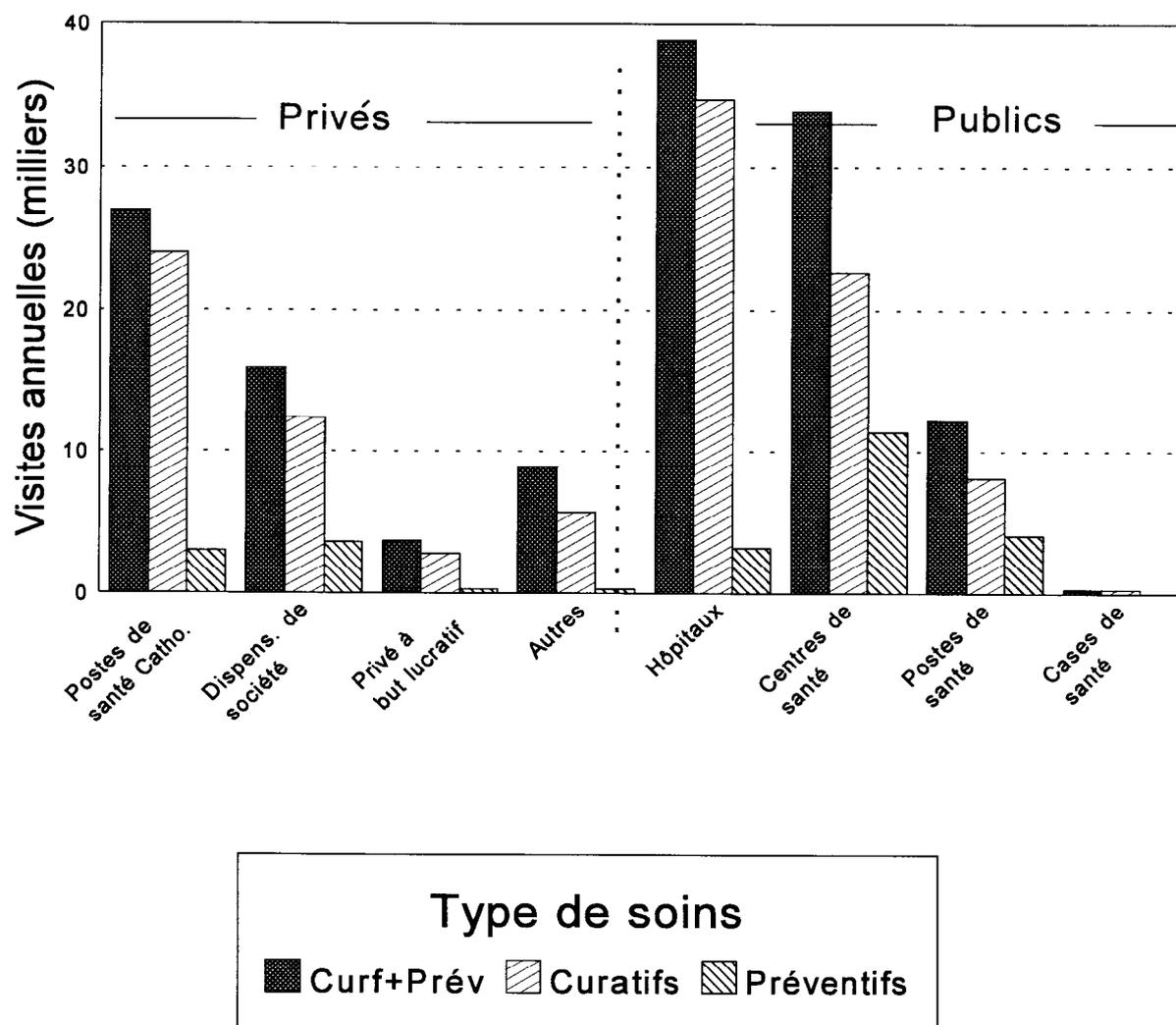


Figure 3-1 Utilisation des soins ambulatoires, par type de prestataire

## Utilisation des soins hospitaliers et obstétricaux, par type de prestataire

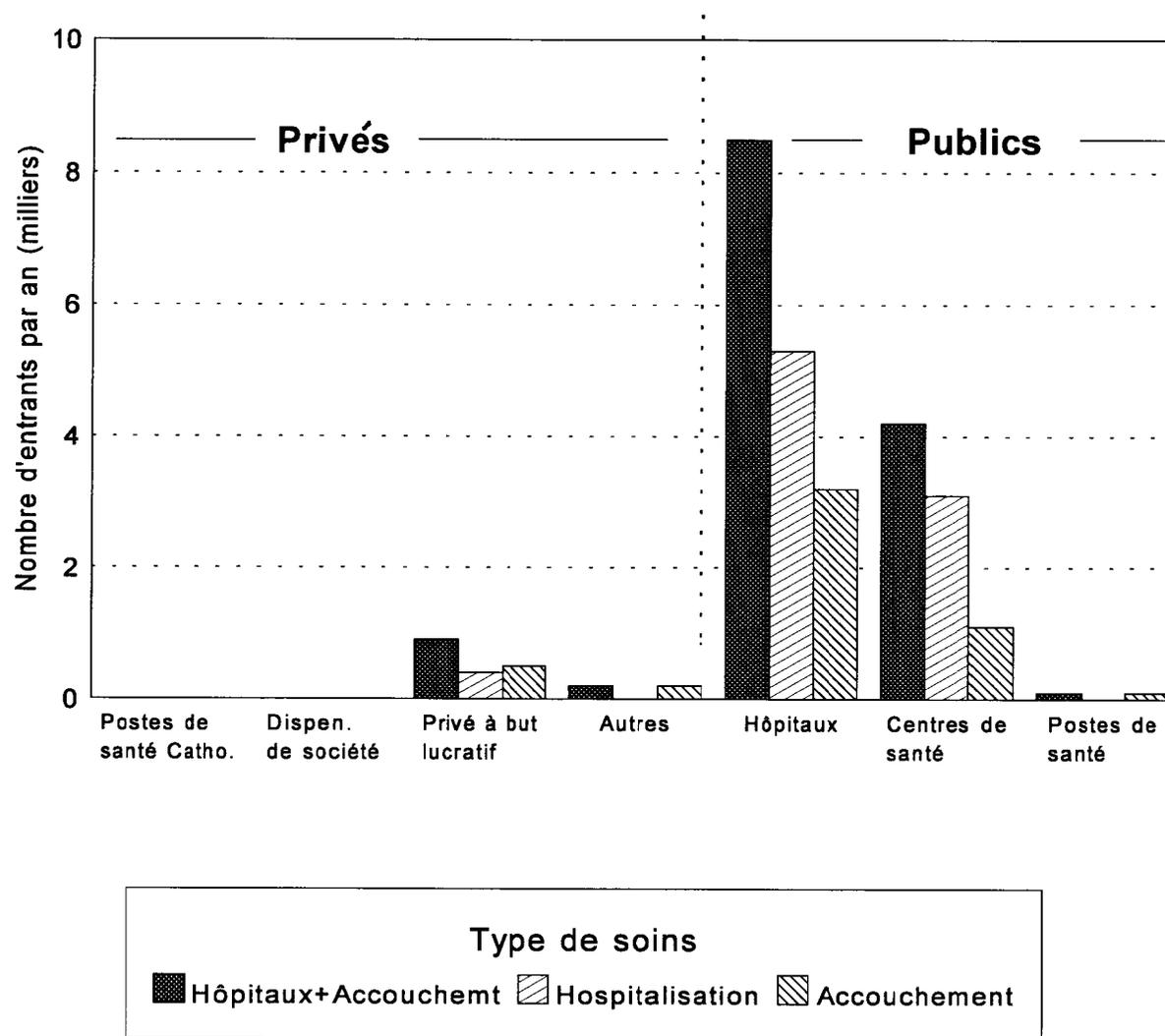


Figure 3-2 Utilisation des soins hospitaliers et obstétricaux, par type de prestataire

# Composition des soins préventifs, par type de prestataire

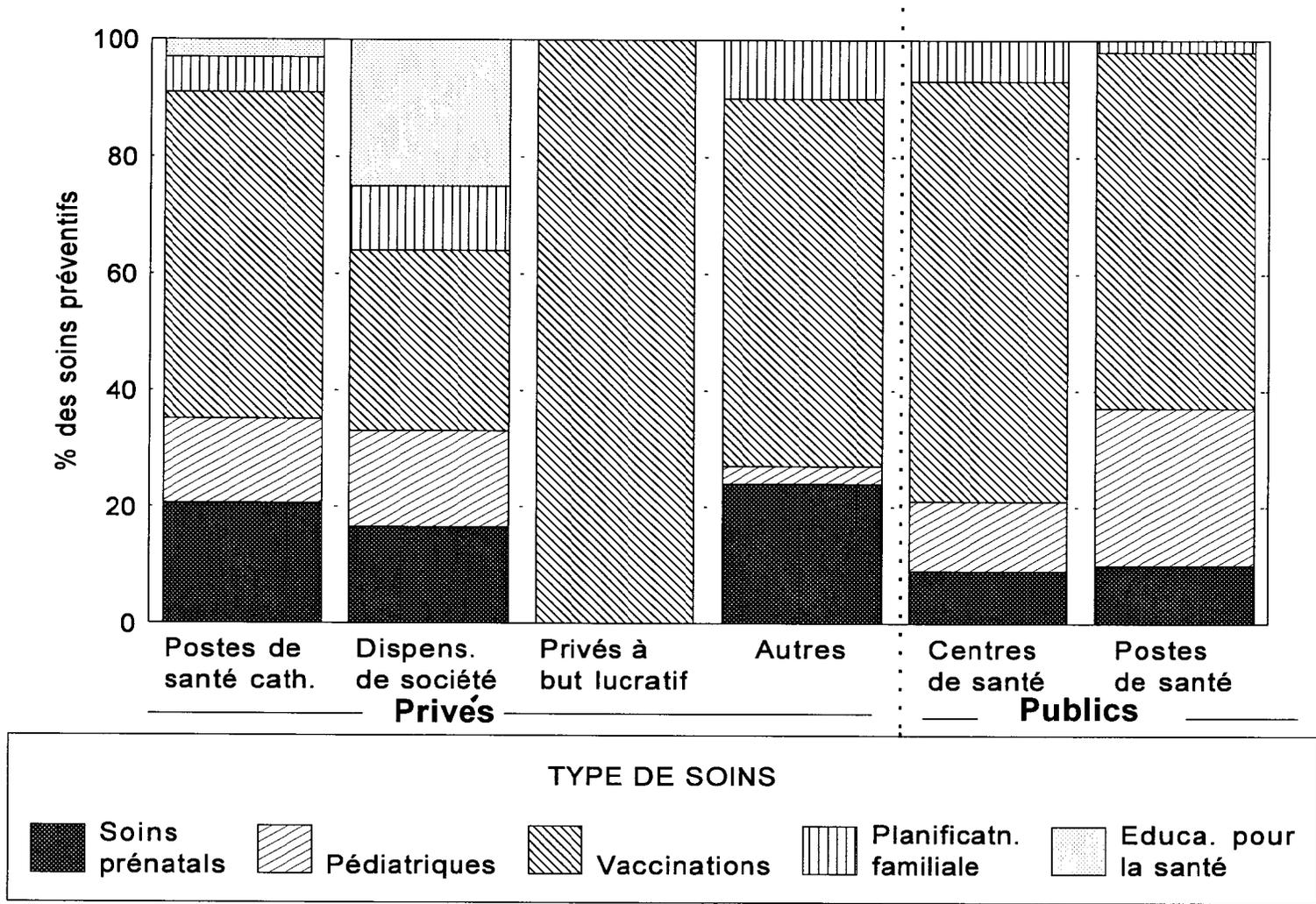


Figure 3-3 Composition des soins préventifs, par type de prestataire

## 3.2 COÛTS

Les *Tableaux 3-1—3-4* présentent des données sur les coûts des formations sanitaires pour chacune des quatre catégories de prestataires. L'information était organisée par région et par quartile de fréquentation. Au vu de la petite taille de l'échantillon, seuls deux groupes régionaux ont été retenus : Dakar et toutes les autres régions. Les quartiles de fréquentation sont définis dans la *Section 2*. Chacun des quatre tableaux présente les *coûts totaux moyens de la formation*, soit les coûts pour une formation représentative de ce groupe pour l'exercice fiscal 1991. Les coûts des formations sanitaires sont ventilés en trois catégories de coûts : personnel (ou salaires), médicaments (tous les produits pharmaceutiques) et autres (fournitures, services tels électricité et eau, carburant, etc.). Tel que déjà noté, seuls les coûts renouvelables ou dépenses de fonctionnement sont indiqués. L'on n'a pas inclus les investissements et l'amortissement.

Comme pour la fréquentation, les coûts annuels des formations sanitaires variaient grandement au sein de l'échantillon. Les coûts annuels les plus faibles ont été observés chez les prestataires « autres » des régions, avec 2,2 millions de francs CFA (8.100 dollars). Les coûts les plus élevés ont été notés dans les cliniques privées de Dakar, avec 84,9 millions de francs CFA (314.400 dollars). Le coût total par type de propriétaire de la formation sanitaire est présenté sur la *Figure 3-4*. En moyenne, les formations à but lucratif ont les coûts les plus élevés, ayant dépensé 84,9 millions de francs CFA pendant l'exercice 91. Elles sont suivies de près par les dispensaires des entreprises, avec 69,9 millions de francs CFA par an. Les prestataires « autres » et les postes catholiques ont des moyennes analogues du point de vue de leurs coûts annuels, avec, respectivement, 8,6 millions de francs CFA et 7,7 millions de francs CFA.

La *Figure 3-4* permet également de comparer le coût total entre prestataires privés et publics. Comparé aux formations sanitaires publiques, les cliniques à but lucratif et les dispensaires de société sont nettement plus chers. Les postes catholiques et les cliniques « autres » dépensent annuellement environ deux fois autant que les postes de santé et environ un sixième d'un centre de santé classique.

L'information sur les coûts est difficile à interpréter, à moins qu'on l'analyse en relation avec le rendement médical. Une analyse du coût unitaire est présentée dans la *section 3.3* afin de mieux comprendre les différences de coût entre les divers prestataires de services.

La structure de coût d'une formation sanitaire est un indicateur important des activités de l'établissement. D'autres études faites dans la région ont constaté que des prestataires de soins ambulatoires qui fonctionnent bien arrivent à un équilibre entre les frais liés au personnel et les coûts des médicaments. La structure de coût des formations sanitaires est indiquée sur les *Tableaux 3-1—3-4* et est décrite dans la *Figure 3-5*.

**TABLEAU 3-1  
POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES  
COÛT MOYEN DE L'ETABLISSEMENT**

CATÉGORIE DES COÛTS	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	4	25	29
<b>COÛTS (MILLIERS DE FCFA)</b>			
Personnel	7.2	2.2	2.9
Médicaments	6.6	1.4	2.2
Autre	9.2	1.6	2.7
<b>Total</b>	<b>23.0</b>	<b>5.3</b>	<b>7.7</b>
<b>POURCENTAGE</b>			
Personnel	31	42	38
Médicaments	29	27	28
Autres	40	31	35
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

QUARTILE D'UTILISATION					
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	TOTAL
Taille de l'échantillon	1	8	10	10	29
<b>COÛTS (MILLIERS DE FCFA)</b>					
Personnel		1.7	1.8	11.2	2.9
Médicaments	0.2	1.1	1.5	8.2	2.2
Autres	0.8	1.5	2.0	10.7	2.7
<b>Total</b>	<b>1.0</b>	<b>4.3</b>	<b>5.3</b>	<b>30.5</b>	<b>7.7</b>

**TABLEAU 3-2**  
**DISPENSAIRES D'ENTREPRISE COÛTS MOYENS DES**  
**ÉTABLISSEMENTS PAR RÉGION ET QUARTILE D'UTILISATION**

CATÉGORIE DE COÛTS	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	7	6	13
<b>COÛTS (MILLIERS DE FCFA)</b>			
Personnel	40.6	17.7	30.0
Médicaments	22.1	16.2	19.4
Autres	20.0	20.9	20.4
<b>Total</b>	<b>82.8</b>	<b>54.8</b>	<b>69.9</b>
<b>POURCENTAGE</b>			
Personnel	49	32	43
Médecines	27	30	28
Autres	24	38	29
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<b>QUARTILE D'UTILISATION</b>					
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	TOTAL
Taille de l'échantillon	4.	4.	2.	3	13
<b>COÛTS (MILLIERS DE FCFA)</b>					
Personnel	14.9	29.4	104.2	104.4	30.0
Médicaments	12.5	26.2	31.1	56.5	19.4
Autres	18.8	25.8	21.3	59.6	20.4
<b>Total</b>	<b>46.2</b>	<b>81.5</b>	<b>156.6</b>	<b>220.6</b>	<b>69.9</b>

TABLEAU 3-3 CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF COÛTS MOYENS			
CATÉGORIE DE COÛT	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	4.	0.	4.
COÛTS (MILLIERS DE FCFA)			
Personnel	28.9	n.d.	28.9
Médicaments	10.4	n.d.	10.4
Autres	45.5	n.d.	45.5
Total	84.9	n.d.	84.9
POURCENTAGE			
Personnel	34	n.d.	34
Médicaments	12	n.d.	12
Outres	54	n.d.	54
Total	100	n.d.	100

QUARTILE D'UTILISATION					
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	TOTAL
Taille de l'échantillon	3	1			4
COÛTS (EN MILLIERS DE FCFA)					
Personnel	36.0	7.7	n.d.	n.d.	28.9
Médicaments	13.0	2.7	n.d.	n.d.	10.4
Autres	55.4	16.0	n.d.	n.d.	45.5
Total	104.4	26.3	n.d.	n.d.	84.9

**TABLEAU 3-4  
AUTRES CLINIQUES  
COÛTS MOYENS DES ÉTABLISSEMENTS**

CATÉGORIE DE COÛT	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	2	2	4
<b>COÛTS (MILLIERS DE FCFA)</b>			
Personnel	13.9	1.3	7.6
Médicaments	0.2	0.8	0.5
Autres	0.9	0.1	0.5
Total	15.0	2.2	8.6
<b>POURCENTAGE</b>			
Personnel	93	59	88
Médicaments	1	35	6
Outres	6	6	6
Total	100	100	100

<b>QUARTILE D'UTILISATION</b>					
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	TOTAL
Taille de l'échantillon	3	1	n.d.	n.d.	4
<b>COÛTS (EN MILLIERS DE FCFA)</b>					
Personnel	14.6	1.8	n.d.	n.d.	7.6
Médicaments	0.7	1.1	n.d.	n.d.	0.5
Autres	1.1	0.1	n.d.	n.d.	0.5
Total	16.4	3.0	n.d.	n.d.	8.6

# Total des coûts des Établissements, Prestataires Privés et Publics

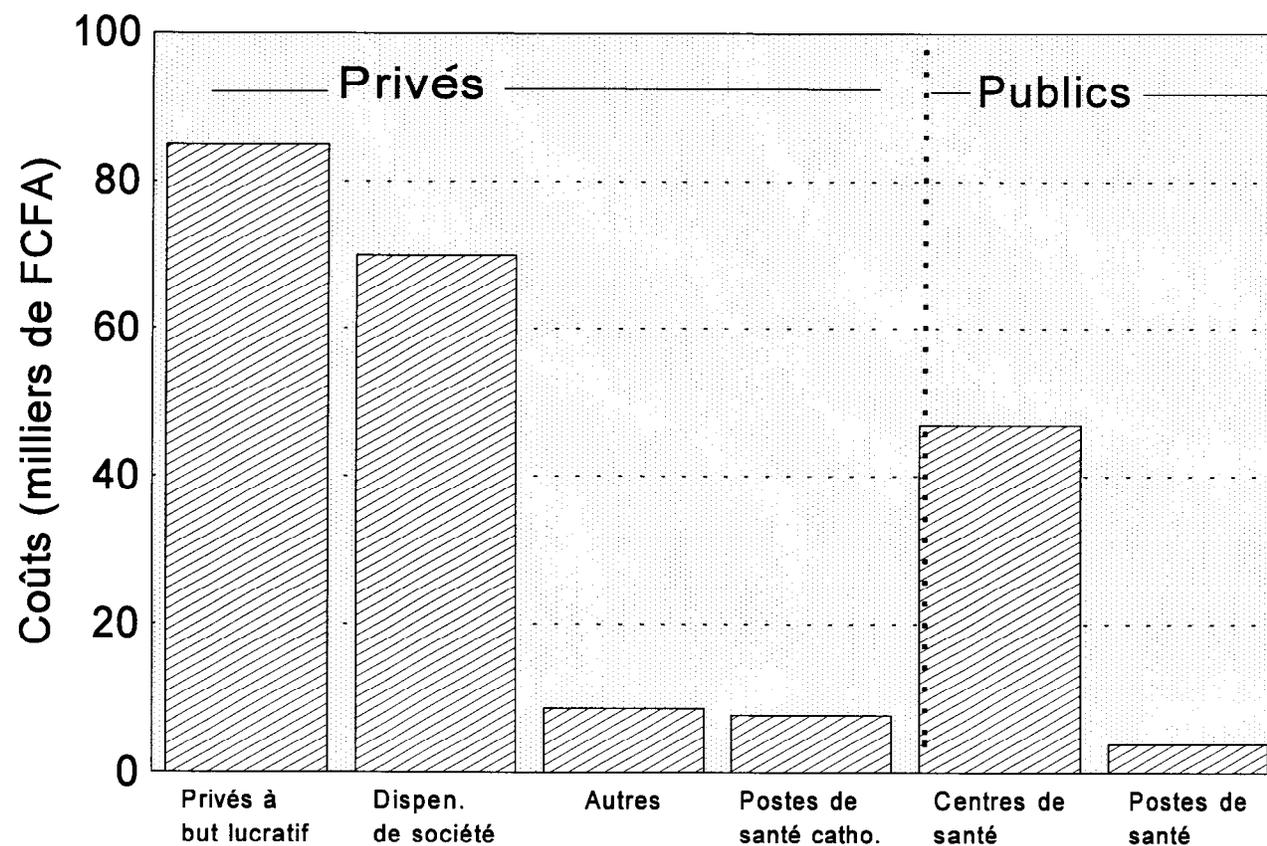


Figure 3-4 Total des coûts des établissements, prestataires privés et publics

# Total des coûts des établissements privés et publics

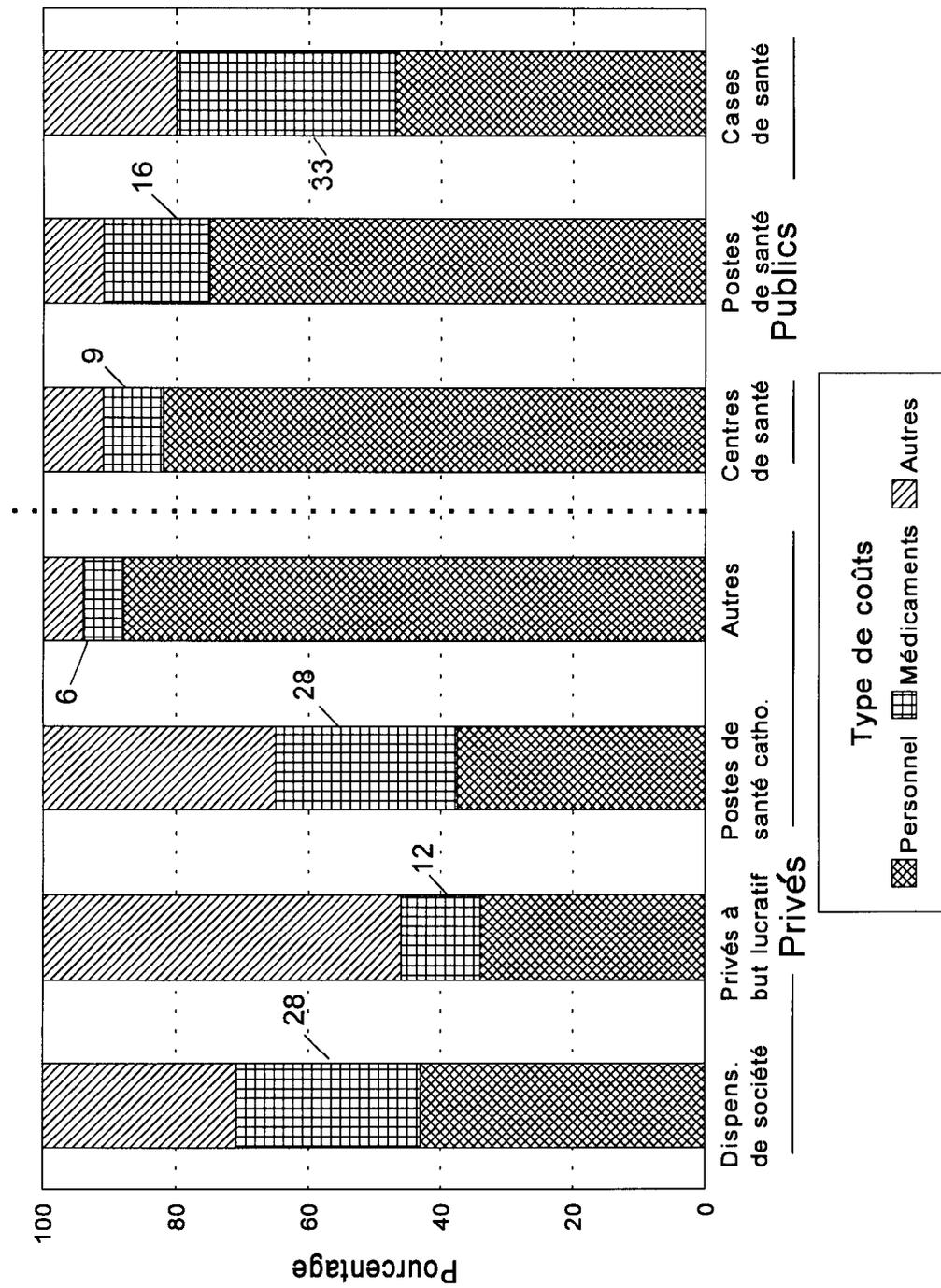


Figure 3-5 Total des coûts des établissements privés et publics

Les postes catholiques et les dispensaires ont des structures de coût analogues, les trois catégories de coûts étant réparties plus ou moins de la même manière. Ce phénomène a été noté à Dakar et dans les régions (non indiquées dans la figure). En revanche, les prestataires à but lucratif ont des coûts de médicaments nettement plus élevés puisque 54 % de leurs dépenses de fonctionnement sont représentées par cette catégorie. Les prestataires « autres » constituent, eux aussi, un cas extrême, bien que dans le sens contraire : leurs frais de personnel dominant le total des coûts, alors que les médicaments et les autres coûts pris ensemble ne représentent que 12 % du total. L'information susmentionnée indique que, exception faite des prestataires « autres », les catégories restantes ne connaissent probablement pas de rupture de stocks de médicaments ou, du moins, leur personnel est conforme à leur disponibilité de médicaments. C'est-là une constatation positive pour ces trois types de prestataires non gouvernementaux.

Selon Bitran, Brewster et Ba (1994), les centres et les postes de santé publique connaissaient de graves ruptures de stocks de médicaments. La *Figure 3-5* décrit également leur structure de coût. Seuls 9 % des coûts renouvelables des centres de santé représentaient les médicaments, le chiffre équivalent pour les postes de santé étant 16 %. Ces pourcentages étaient nettement plus faibles que ceux constatés pour les postes catholiques et les dispensaires d'entreprise. Les cliniques privées à but lucratif avaient de meilleurs résultats à cet égard que les centres de santé, mais des résultats pires que les postes de santé. En bref, en ce qui concerne certains prestataires privés—postes catholiques et dispensaires d'entreprise—les centres et les postes de santé publique semblaient connaître un sous-approvisionnement de médicaments. En revanche, les petites cases de santé publique étaient aussi bien fournies que ces deux types de prestataires privés.

### 3.3 ANALYSE DU RATIO DU COÛT UNITAIRE

Il est difficile d'interpréter les informations sur les coûts, à moins qu'on ne l'analyse par rapport au rendement médical. Aussi, pour comparer les coûts entre prestataires, nous avons calculé sur le *Tableau 3-5* le coût moyen par unité de rendement. A l'exception des cliniques privées à but lucratif à Dakar et les cliniques « autres », tous les groupes de prestataires produisaient exclusivement des soins ambulatoires, à savoir des visites curatives et préventives (colonnes ombrées du *Tableau 3-5*. La somme des visites curatives et préventives est le rendement total de ces prestataires. Aussi, le coût moyen a-t-il été calculé en divisant le coût total de l'établissement par le rendement total. Le résultat de cet exercice est indiqué dans les rangées (7) et (8) du tableau, respectivement, en CFA et en dollars.

On a observé une très grande variabilité dans le coût moyen d'un prestataire à l'autre. Parmi ceux qui produisaient uniquement des soins ambulatoires, c'était les postes catholiques qui avaient de loin le coût unitaire le plus faible, dépensant environ 1 dollar par visite en consultation externe. En revanche, les dispensaires étaient dix à 20 fois plus chers par unité de rendement, à savoir une différence très notable. Les raisons sous-jacentes à ces contrastes sont étudiées par la suite dans ce rapport, tout notamment dans la section sur la qualité des soins.

**TABLEAU 3-5  
RENDEMENT, COÛT TOTAL ET COÛT MOYEN**

RENDEMENT (EN MILLIERS) ET COÛT	CATÉGORIE DE PRESTATAIRES							
	Postes de santé catholiques		Dispensaires		Privés à but lucrative		Autres	
	Dak.	Reg.	Dak.	Reg.	Dak.	Reg.	Dak.	Reg.
(1) Visites curatives	69.4	16.7	9.9	15.4	2.8	2.4	3.3	7.6
(2) Visites préventives	5.8	2.9	4.1	2.7	0.1	0.8	2.0	3.8
(3) Visites curatives + préventives	75.2	19.6	14.0	18.1	2.9	3.2	5.3	11.4
(4) Accouchements	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.1	0.2
(5) Hospitalisations	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
(6) Coût total (millions FCFA)	23.0	5.3	82.8	54.8	84.8	n.d.	15.0	2.2
(7) Coût moyen par visite (CFA)	306	270	5,914	3,028		n.d.		
(8) Coût moyen par visite (\$)	1.1	1.0	21.9	11.2		n.d.		
(9) Coût moyen par visite (\$)	4.8							
(10) Coût total estimé des soins ambulatoires (millions de FCFA)					3.8	4.2	6.9	14.9
(11) Coût total estimé des soins hospitaliers et obstétriques (millions de FCFA)					81.0	n.d.	8.1	<0
(12) Coût moyen estimé par hospitalisation (hosp. + accouchements) (\$)					300.0	n.d.	298.9	<0

*Notes:* \* les colonnes ombrées correspondent aux catégories de prestataires qui ne produisent que des soins ambulatoires.

Calculs :

$$(3) = (1) + (2)$$

$$(7) = 1000 \times (6) / (3)$$

$$(8) = (7) / 270 \quad (1 \$ = 270 \text{ FCFA})$$

$$(9) = 1000 \times (6) / (3) / 270 \text{ juste pour les quatre premiers groupes de prestataires combinés}$$

$$(10) = (3) \times (9) \times 270 / 1000$$

$$(11) = (6) - (10)$$

$$(12) = 1000 \times (11) / [(4) + (5)] / 270$$

Nous avons utilisé une méthode différente pour étudier le coût moyen des autres prestataires, à savoir ceux produisant des soins hospitaliers des accouchements. Nous avons saisi un coût pour les soins en consultation externe. Le coût des soins en consultation externe a été calculé en multipliant le coût moyen d'une consultation externe pour les postes catholiques et les dispensaires d'entreprise (rangée (9) du *Tableau 3-5*) fois le rendement des consultations externes. Ensuite, nous avons calculé le coût total des soins hospitaliers (hospitalisations + accouchements) en soustrayant du coût total le coût des soins en consultation externe. Enfin, nous avons divisé le coût déduit des soins hospitaliers par le rendement en consultation externe (hospitalisations + accouchements).

Les résultats de ce calcul sont mitigés. Dans le cas des prestataires à but lucratif, les soins hospitaliers semblent représenter 81 millions de francs CFA [rangée (11)], soit le gros (96 %) de leurs coûts totaux. En fonction de ce calcul, le coût moyen d'une admission (hospitalisation ou accouchement) est de 300 dollars [rangée (12)], soit 80.000 francs CFA. Pour les prestataires « autres » de Dakar, les soins hospitaliers semblent représenter 8,1 millions de francs CFA, soit 54 % de leur coût total. Par conséquent, le coût moyen d'une admission est de 299 dollars, soit également environ 81.000 francs CFA. Il est possible que le coût total des prestataires régionaux « autres » soit sous-estimé et, partant, ce calcul nous donne des résultats impossibles (coût négatif).

Pour étudier le coût relatif des prestataires privés et publics, l'information sur le coût moyen du tableau précédent est comparée au *Tableau 3-6* avec celui obtenu auparavant par le biais de l'étude du secteur public.

Les postes catholiques présentent le même coût moyen pour les soins ambulatoires que les formations sanitaires publiques, soit un peu plus de 1 dollar par visite. Les dispensaires d'entreprise sont presque 15 fois plus chers que les formations sanitaires publiques ou les postes catholiques. En ce qui concerne les soins hospitaliers, les cliniques à but lucratif semblent être six à sept fois plus chères par admission que les centres de santé publique.

Un examen de la section au bas des *Tableaux 3-1 et 3-2* relève que, tel qu'on pouvait s'y attendre, le coût total de l'établissement augmente au fur et à mesure qu'augmente le rendement, pour les postes catholiques et les dispensaires. Par exemple, les postes catholiques dans le premier quartile de fréquentation connaissent le coût total le plus faible (1 millions de francs CFA). Ce coût augmente parallèlement au rendement, pour atteindre 30,5 millions de francs CFA pour les établissements dans le quartile le plus élevé. L'on a observé un phénomène analogue dans les dispensaires d'entreprise.

Une question économique importante que nous étudierons par la suite est de savoir si le coût moyen augmente ou diminue parallèlement au rendement. S'il diminue, les économistes parleront d'*économies d'échelle*, c'est-à-dire qu'il existe des avantages économiques lorsqu'on accroît le rendement, car chaque unité produite coûte moins en moyenne. Si le contraire est vrai, il y a avantage économique à diminuer le rendement.

Le coût moyen est dérivé sur le *Tableau 3-7* pour les postes catholiques et les dispensaires, c'est-à-dire les établissements qui produisent uniquement des soins ambulatoires. La même information est montrée sur les *Figures 3-6 et 3-7* pour les deux types de prestataires. La *Figure 3-6* décrit également le coût moyen des consultations externes pour les postes de santé publique. A l'exception du premier quartile pour les postes catholiques (la taille de l'échantillon pour ce sous-groupe n'est que d'un seul établissement), le coût moyen diminue parallèlement au rendement pour les trois types de formations sanitaires. Cela semble indiquer que ces prestataires connaissent des coûts fixes très importants. L'augmentation du rendement permettrait des économies d'échelle, puisque ces coûts fixes seraient répartis sur un nombre plus grand de visites et, partant, diminuerait le coût moyen.

**TABLEAU 3-6**  
**COÛT MOYEN DES SOINS**  
**COMPARAISON ENTRE PRESTATAIRES PRIVÉS ET PUBLICS**

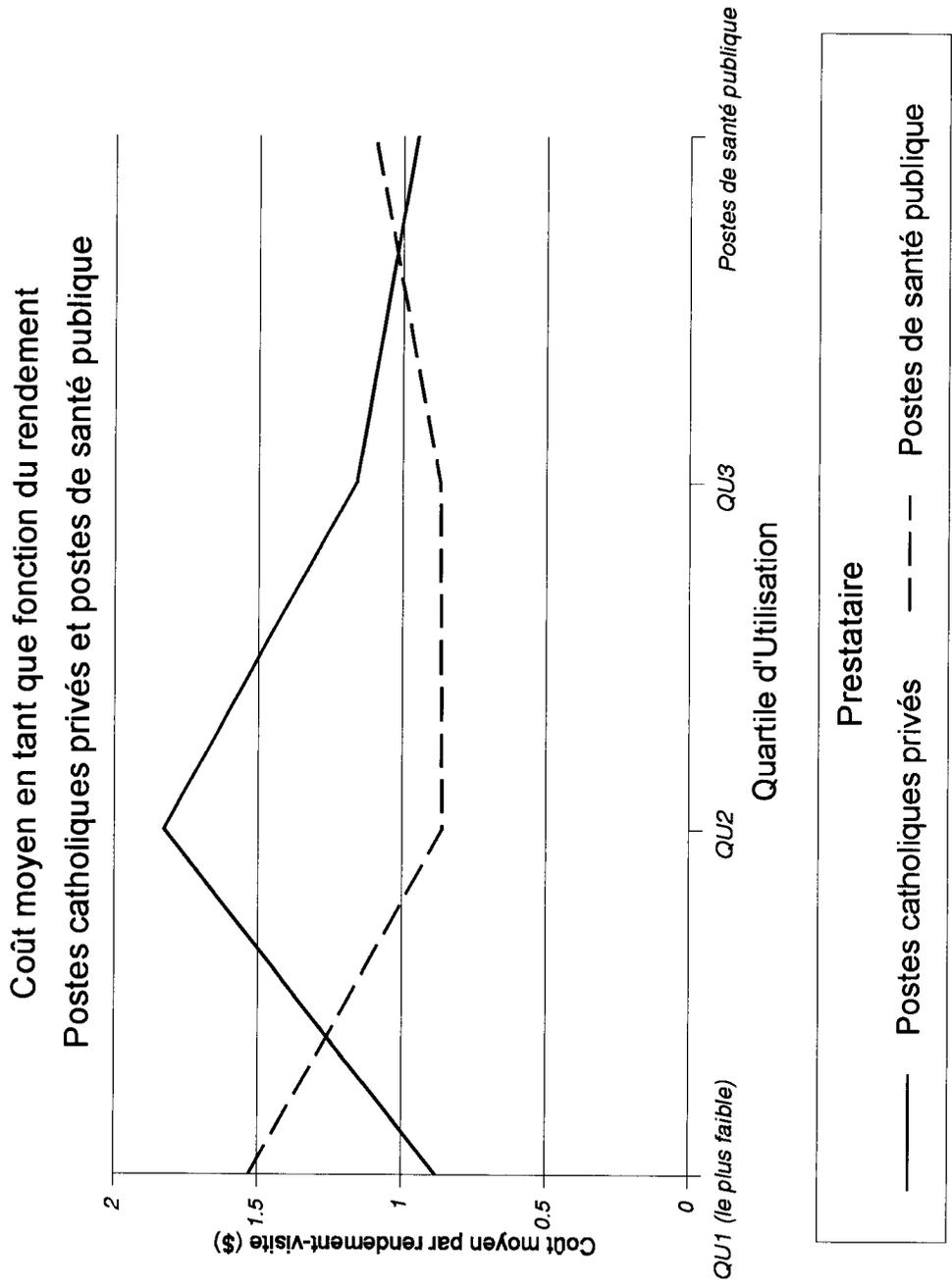
COÛT ESTIMÉ MOYEN	PRIVÉ				PUBLIQUE		
	Postes Catho- liques	Dispen- saires	Clinique à but lucratif	Autres cliniques	Centres de santé	Postes de santé	Cases de santé
Curatif + préventif (FCFA)*	298	4,287	1,026*	1,026 <sup>§</sup>	304	304	296
Curatif + Préventif(\$)	1.10	15.88	3.80*	3.80 <sup>§</sup>	1.13	1.13	1.10
Accouchements + hospitalisations (FCFA)			81,000	80,703	12,472		
Accouchements + Hospitalisations (\$)			300.00	298.90	46.19		

*Notes :\** Valeurs imputées (confère *Tableau 3-5*)

### 3.4 PRODUCTIVITÉ DU PERSONNEL

La productivité du personnel est une mesure importante de l'efficacité de la production puisqu'elle établit une relation entre le rendement des soins de santé et le rendement du personnel médical. Toutes choses étant égales par ailleurs (y compris la qualité des soins), plus le ratio rendement à ressources est élevé, plus l'efficacité de la production est grande.

La productivité est une mesure directe de l'efficacité technique du personnel (confère définition d'efficacité technique et économique dans la *Section 2*). Une faible productivité du personnel signifie une faible efficacité technique : en principe, moins d'effectifs pourraient être recrutés et, partant, on pourrait accroître la productivité individuelle. Cela diminuerait également les frais de personnel et, partant, améliorer l'efficacité économique.



**Figure 3-6 Coûts moyen en tant que fonction du rendement: Postes catholiques privés et postes de santé publique**

Coût moyen en tant que fonction du rendement:  
Dispensaires d'entreprise

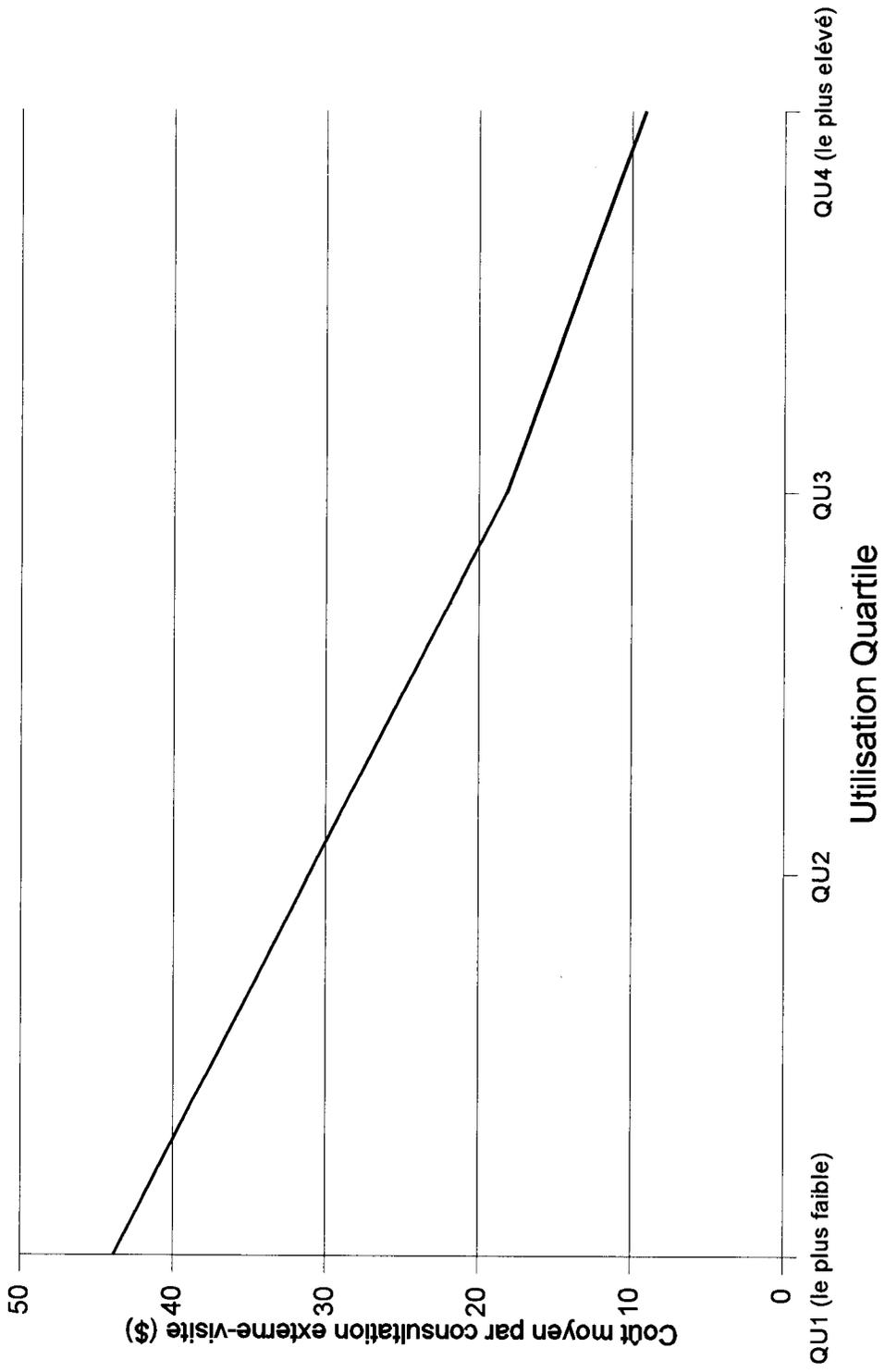


Figure 3-7 Coûts moyen en tant que fonction du rendement: Dispensaires d'entreprise

TABLEAU 3-7 COÛT MOYEN ET RENDEMENT—POSTES CATHOLIQUES ET DISPENSAIRES D'ENTREPRISE					
	QUARTILE D'UTILISATION				
	UT1 (le plus bas)	UT2	UT3	UT4 (le plus haut)	Total
<b>POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES</b>					
Visites curatives + préventives (milliers)	4.2	8.7	16.9	118.4	27.0
Coût total (millions FCFA)	1.0	4.3	5.3	30.5	7.7
Coût moyen (FCFA)	238	494	314	258	285
Coût moyen (\$)	0.88	1.83	1.16	0.95	1.06
<b>DISPENSAIRES D'ENTREPRISE</b>					
Visites curatives + préventives (milliers)	3.9	9.7	31.8	89.3	16.0
Total coût (million FCFA)	46.2	81.5	156.6	220.6	69.9
Coût moyen (FCFA)	11,846	8,402	4,925	2,470	4,369
Coût moyen (\$)	43.9	31.1	18.2	9.1	16.2

Malheureusement, dans le secteur public, la productivité du personnel n'entre pas toujours dans le contrôle des agents et des responsables. Des considérations politiques et techniques, ainsi que des facteurs exogènes peuvent entraîner une faible productivité et, partant, de faibles niveaux d'efficacité technique et économique. Par exemple, une faible demande pour un service donnée peut signifier faible productivité. Pour améliorer la productivité, on peut licencier le personnel, diminuer les heures, ou répartir autrement le personnel vers des activités pour lesquelles la demande est plus grande. Si cela est à conseiller dans de nombreux cas, dans d'autres, ce n'est pas possible ou pas acceptable du point de vue politique. Par exemple, pour des questions d'équité, une décision politique pourra être prise voulant qu'on envoie des médecins spécialistes dans une région connaissant une faible demande (par exemple, ophtalmologues, psychiatres). Suite à des contraintes dues à la loi du travail, ces spécialistes ne pourront être recrutés qu'à plein temps, non pas sur une base horaire. Par conséquent, leur rendement par unité de temps est faible.

Dans le secteur privé, il peut y avoir comportement efficace stimulé par divers types d'incitations qui, généralement n'existent pas dans le secteur public. Ces incitations sont notamment le souhait d'un profit maximum, entre concurrents cherchant un bénéfice optimal ou la nécessité d'arriver au seuil de rentabilité pour les prestataires à but non lucratif. Ceux qui cherchent un bénéfice optimal pourront diminuer les coûts en améliorant la productivité du personnel — mesure qui peut améliorer l'efficacité si elle ne se fait pas au détriment de la qualité. Ces personnes peuvent également chercher à augmenter les recettes soit en augmentant les prix, si c'est faisable, ou en améliorant la qualité du service — mesure qui renforce également l'efficacité du système de santé. Les prestataires à but non lucratif peuvent

également chercher à améliorer la productivité du personnel pour maintenir les coûts, surtout lorsqu'ils n'ont pas de subventions externes ou si ces subventions sont modestes.

Mais tout cela est de la théorie. Que les prestataires privés connaissent ou non une productivité accrue du personnel relève d'une question empirique. Ci-après, nous présentons d'abord les informations sur la productivité concernant les trois catégories de professionnels de soins de santé trouvés dans le secteur non gouvernemental : médecins, sages-femmes et infirmiers. Ensuite, nous comparons ces résultats aux informations équivalentes obtenues dans le secteur public.

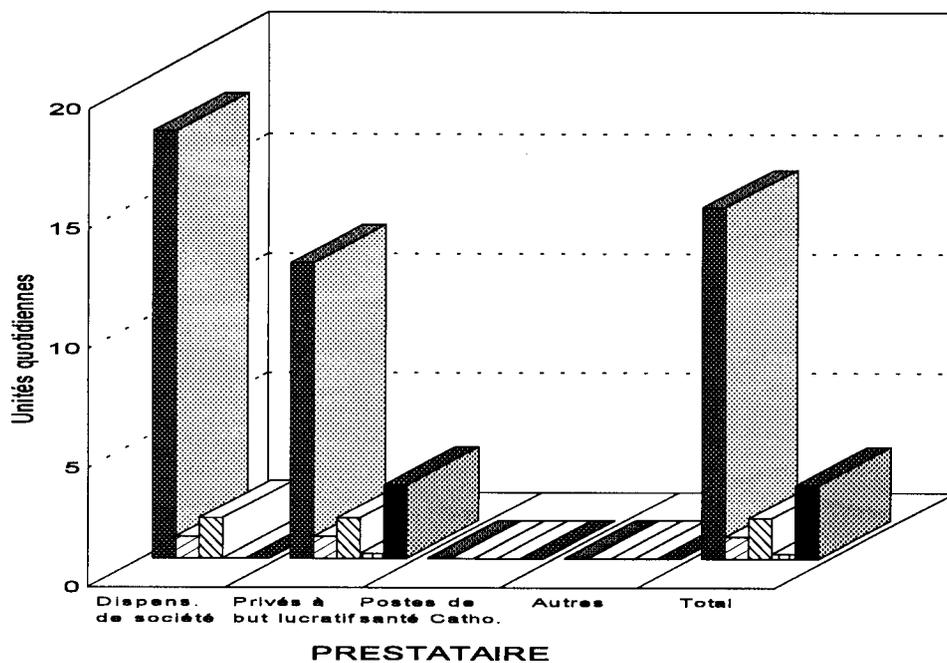
Pour chaque catégorie de personnel médical, la productivité a été obtenue en calculant un rapport entre le nombre d'unités de rendement des soins de santé et le nombre d'heures que le personnel médical a consacrées à la production du dit rendement. Les informations sur le volume de rendement par catégorie de personnel ont été réunies par le biais d'un questionnaire pour les formations sanitaires, avec l'aide d'une matrice. Les rangées de la matrice étaient les catégories de rendement et les colonnes correspondaient aux catégories de personnel médical. Les cases contenaient les données sur le rendement annuel. Une section séparée du questionnaire a permis de réunir des informations sur les effectifs des formations sanitaires. Dans chaque formation sanitaire, chaque catégorie de personnes produisait un ensemble bien défini de services. Vu qu'on a réuni des informations sur le rendement total par catégorie de personnel et le nombre de membres de personnel par catégorie, on a pu calculer les ratios de productivité du personnel.

Les *Figures 3-8—3-10* décrivent la productivité quotidienne moyenne pour les médecins, les sages-femmes et les infirmiers, et pour les quatre types de prestataires non gouvernementaux. La productivité des médecins (*Figure 3-8*) était la plus élevée dans les postes catholiques régionaux, avec plus de 40 consultations externes pour soins curatifs par jour et était la plus faible chez les médecins travaillant dans les établissements régionaux à but lucratif (environ dix visites quotidiennes). En ce qui concerne les prestataires de Dakar, c'est dans les dispensaires des entreprises qu'on a noté la productivité la plus élevée chez les médecins. Les médecins produisaient également d'autres types de services médicaux, par exemple des soins préventifs et des hospitalisations. Mais, en général, le rendement pour ces services était faible, à l'exception des cliniques à but lucratif à Dakar où le médecin moyen s'occupait de trois patients hospitalisés par jour.

Les sages-femmes produisaient tout un ensemble de services sanitaires (*Figure 3-9*). A Dakar, les sages-femmes s'occupaient surtout des patients hospitalisés et prêtaient des soins préventifs et de planification familiale. Par exemple, la sage-femme moyenne d'un dispensaire de clinique fournissait le nombre suivant de visites quotidiennes : une visite de planification familiale, environ six visites préscolaires et deux prénatales. Les sages-femmes dans les établissements à but lucratif se concentraient davantage sur les patients hospitalisés, alors que celles dans les postes catholiques produisaient surtout des soins prénatales. Les établissements à but lucratif étaient le seul type à produire des accouchements avec assistance d'une sage-femme.

Dans les régions, on a trouvé des sages-femmes uniquement dans les dispensaires d'entreprise. Leur rendement quotidien moyen s'élevait à environ 11 patients ambulatoires, dont sept concernaient les soins curatifs, deux les soins préventifs et deux la planification familiale.

## Productivité des médecins à Dakar



## Productivité des médecins dans les régions

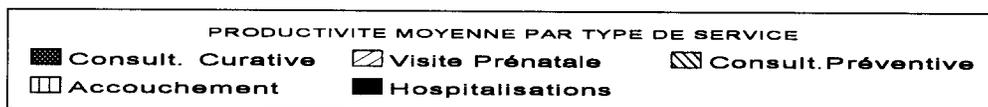
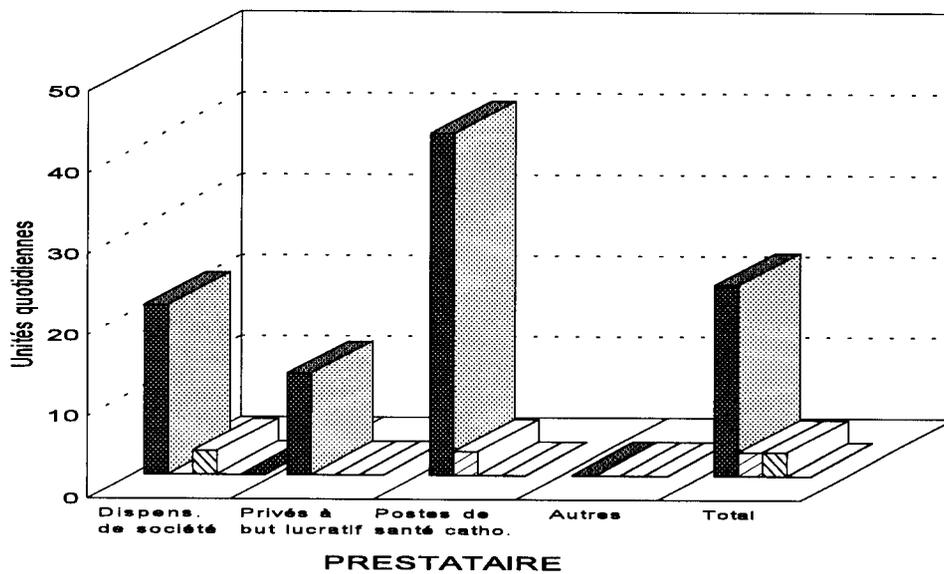
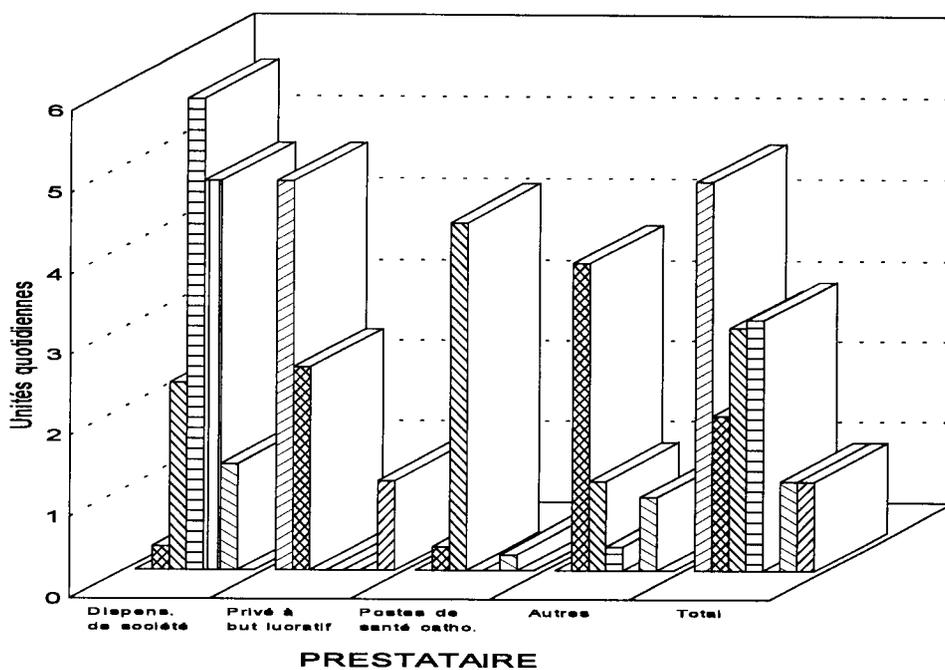
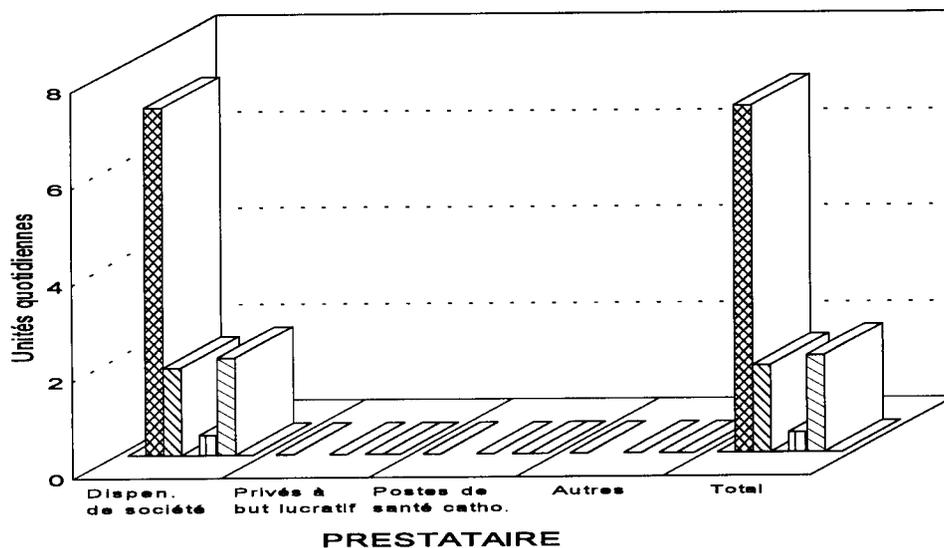


Figure 3-8 Productivité des médecins

## Productivité des sages-femmes à Dakar



## Productivité des sages-femmes dans les régions

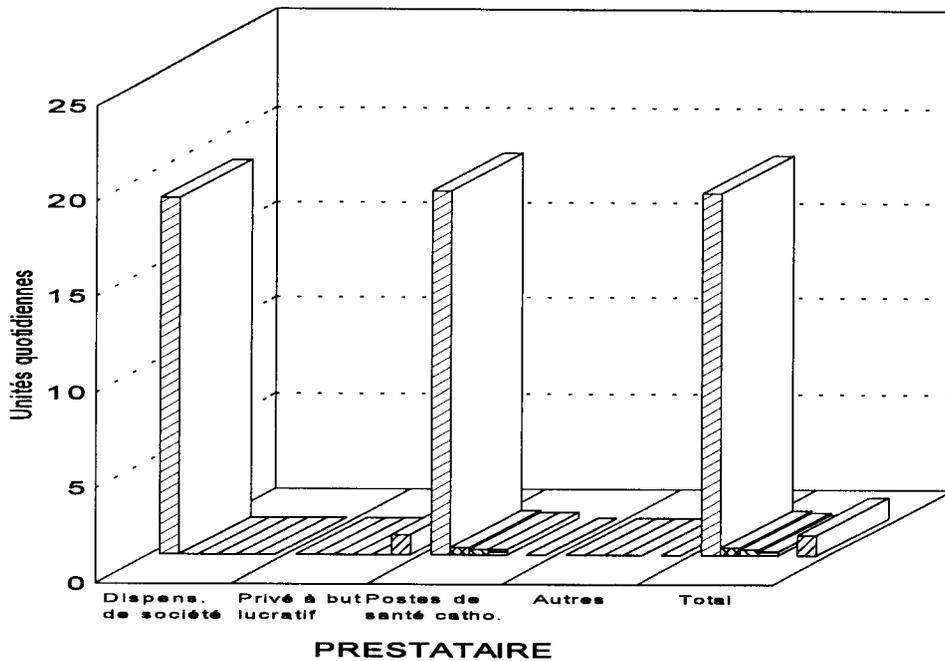


PRODUCTIVITÉ MOYENNE PAR TYPE DE SERVICE

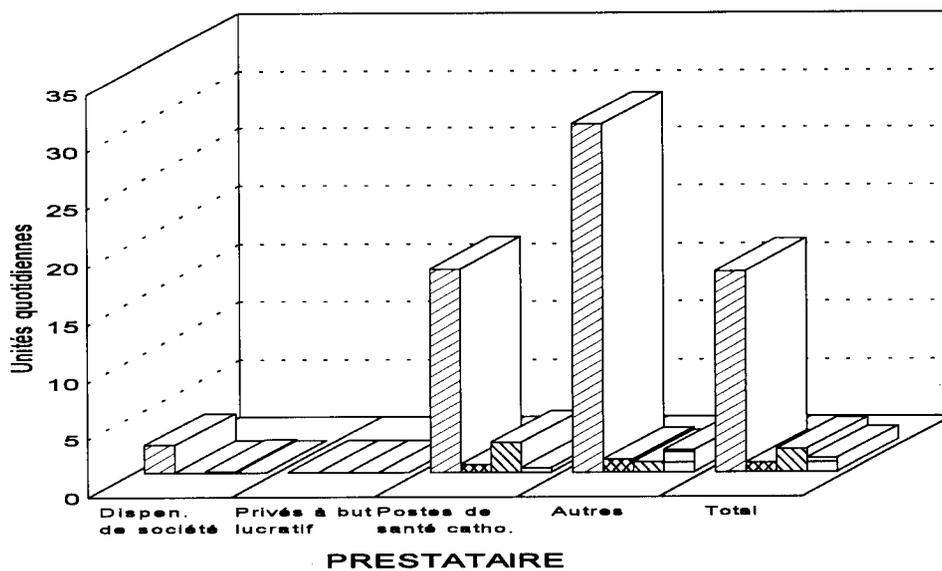
Hospitalisation	Soins curatifs	Visite prénatale
Soins préscolaires	Soins préventifs/autre	Planif. familiale
Accouchement		

Figure 3-9 Productivité des sages-femmes

## Productivité des infirmiers à Dakar



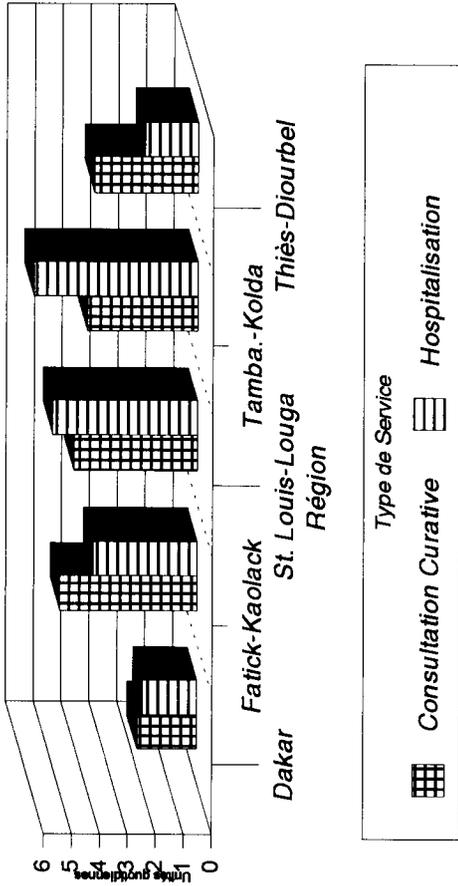
## Productivité des infirmiers dans les régions



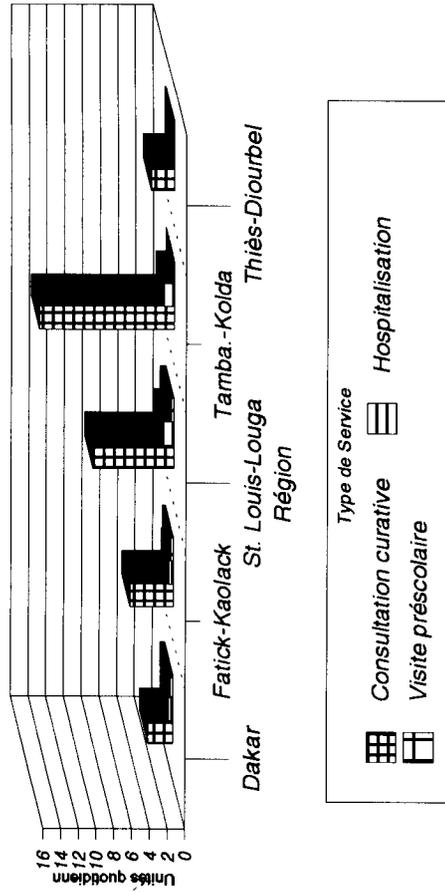
PRODUCTIVITÉ MOYENNE PAR TYPE DE SERVICE			
	Soins curatifs		Visites prénatales
	Soins préscolaires		Planif. familiale

Figure 3-10 Productivité des infirmiers

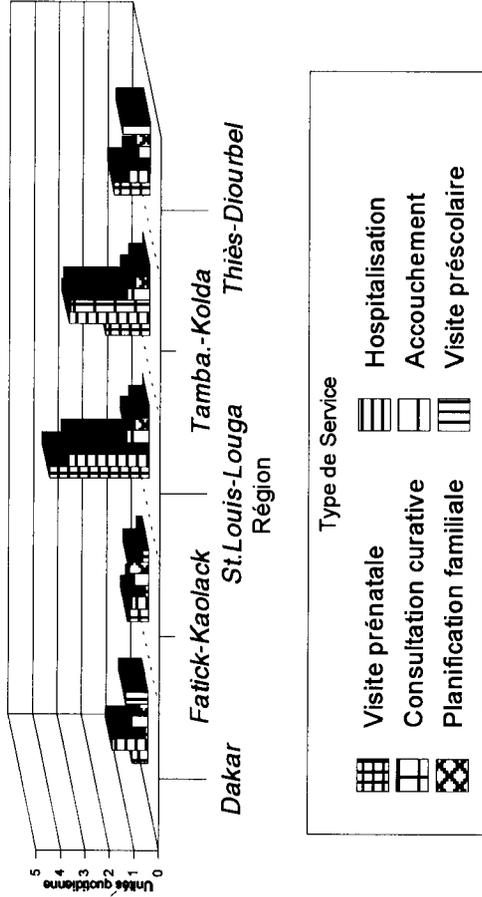
**Centres de santé. Productivité quotidienne moyenne des médecins**



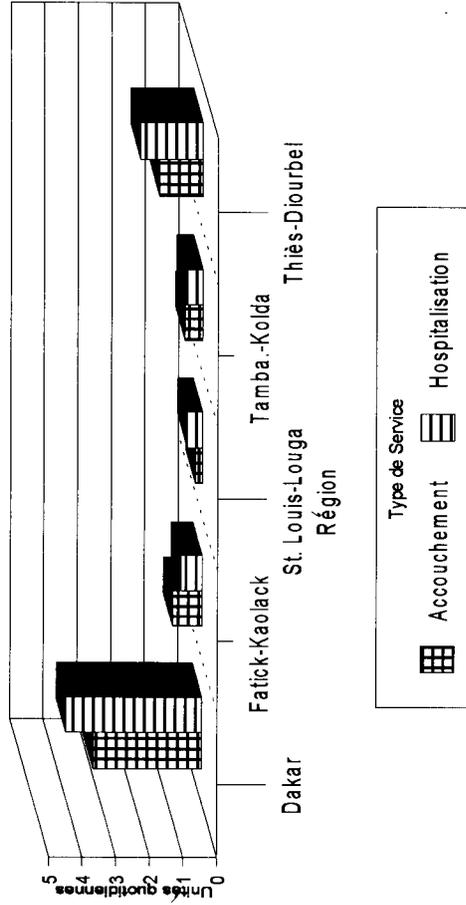
**Centres de santé. Productivité quotidienne moyenne des infirmiers/techniciens médicaux**



**Centres de santé. Productivité quotidienne moyenne des sages-femmes**

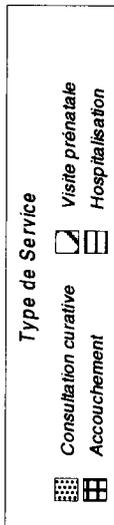
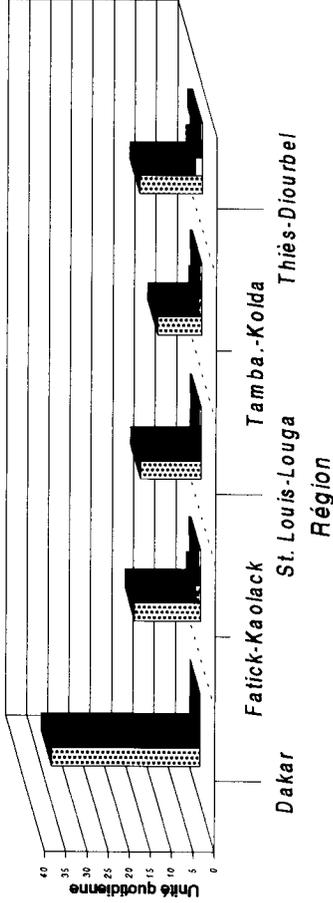


**Centres de santé. Productivité quotidienne moyenne des accoucheuses traditionnelles**

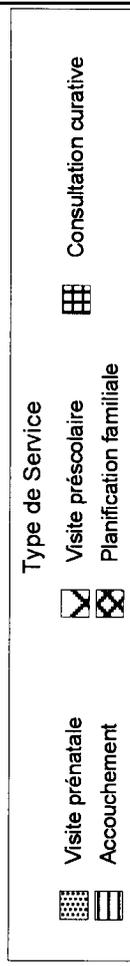
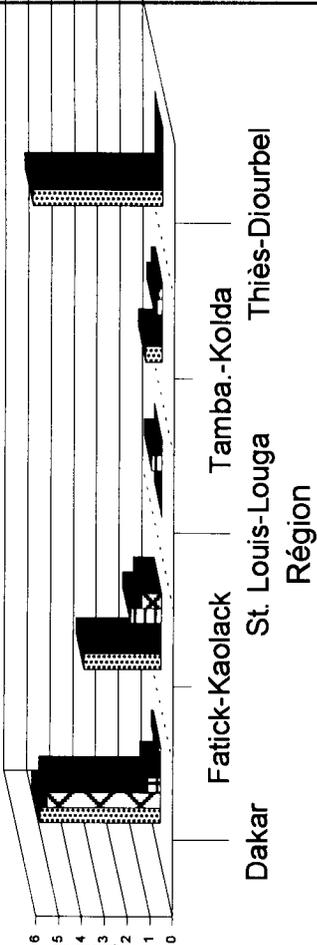


**Figure 3-11 Productivité du personnel — Centres de santé**

### Postes de santé. Productivité quotidienne des infirmiers/techniciens médicaux/dentistes



### Postes de santé. Productivité quotidienne moyenne sages-femmes



### Postes de santé. Productivité quotidienne moyenne des matrones

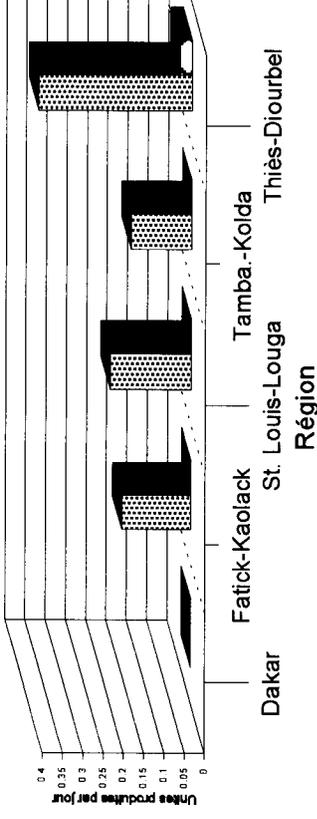


Figure 3-12 Productivité du personnel — Postes de santé

Les infirmiers produisaient surtout des soins curatifs (*Figure 3-10*). Le taux de rendement le plus élevé a été observé chez les prestataires « autres » dans les régions, avec environ 30 visites curatives par jour; et le niveau le plus faible a été observé dans les dispensaires régionaux des entreprises avec environ trois visites quotidiennes. A Dakar, le rendement infirmier pour les soins curatifs avoisinait 20 patients par jour.

Aux fins de comparaison, la productivité du personnel du secteur public est montrée sur les *Figures 3-11 et 3-12*. La productivité la plus élevée chez les médecins des centres de santé a été constatée dans la région de Tambacounde-Kolda, où le médecin moyen voyait cinq patients ambulatoires et s'occupait de quatre patients hospitalisés par jour. A Dakar, le médecin public moyen voyait moins de deux patients ambulatoires et deux patients hospitalisés par jour. Ces chiffres s'inscrivent en net contraste avec les données de la productivité dans le secteur privé. Les médecins des postes catholiques voyaient jusqu'à 40 patients par jour dans les régions, et les médecins des dispensaires d'entreprise s'occupaient d'environ 20 patients par jour. Dans les deux cas, ces médecins privés fournissent également des soins à des patients hospitalisés et prêtaient des services préventifs.

La productivité infirmière dans les centres de santé publique était également la plus élevée dans la région de Tambacounde-Kolda, où l'infirmier moyen voyait cinq patients de consultation externe par jour. C'était analogue à la productivité des infirmiers du secteur privé dans les postes catholiques régionaux, mais inférieur à la productivité des infirmiers du secteur privé à Dakar. Seuls les dispensaires d'entreprise montraient une productivité plus faible chez les infirmiers que les meilleurs des centres de santé publique. La productivité moyenne des infirmiers dans les centres de santé publique à Dakar (deux consultations externes par jour) s'élevait à un dixième de celle constatée dans le secteur privé. Dans les régions, les infirmiers du secteur public produisaient sept consultations externes par jour, soit moins de la moitié du rendement quotidien de leurs collègues du secteur privé.

De plus, la productivité des sages-femmes dans les centres de santé publique était généralement plus faible que dans les établissements du secteur privé. Dans les deux types de formations sanitaires, privées et publiques, les sages-femmes fournissaient toute une gamme de services qui incluent les soins curatifs et préventif, les accouchements et des visites de planification familiale.

Les postes de santé publique connaissent une productivité infirmière plus élevée que les centres de santé, surtout à Dakar (35 patients ambulatoires par jour). Mais, dans les régions, les infirmiers des postes de santé publique produisaient moins de 15 visites par jour, soit juste en dessous de la productivité constatée dans le secteur privé.

### **3.5 POLITIQUE DES PRIX**

Les informations sur les prix pour tous les services et prestataires sont présentées en Annexe B, *Tableaux A-8—A-11*. Les informations des tableaux sont récapitulées graphiquement sur la *Figure 3-13*, avec Dakar et les établissements régionaux combinés au sein d'un seul groupe de prestataires. La *Figure 3-13* montre également les prix pour les établissements publics provenant de l'étude sur le secteur public. Les prix variaient de manière significative entre les prestataires non gouvernementaux. Les cliniques à but lucratif avaient les prix les plus élevés de tous les prestataires. Et leurs prix dépassaient ceux des autres d'un facteur de 25. Par exemple, un prestataire à but lucratif demandait en moyenne 8.000 francs CFA (\$ 29,53) par visite ambulatoire curative, alors qu'un poste catholique ne demandait que 308 francs CFA (\$ 1,14). Les prix des dispensaires d'entreprise venaient en seconde position des

soins curatifs et obstétricaux, et représentaient environ la moitié du prix des formations sanitaires à but lucratif. Les postes catholiques et les prestataires « autres » avaient des prix analogues et modestes, comparé aux deux autres groupes de prestataires : pour les soins curatifs et préventifs, les postes catholiques demandaient, respectivement, 271 francs CFA (\$ 1) et 192 francs CFA (\$ 0,71) par visite. Les cliniques à but lucratif offraient des soins obstétricaux et des soins hospitaliers. Leurs prix étaient d'environ 45.500 francs CFA (\$168,52) aussi bien pour les accouchements que les hospitalisations.

On a également noté des différences dans les niveaux de prix entre Dakar et les régions (non indiquées dans la figure; confère Annexe B), bien que ces disparités furent modestes comparé aux différences de prix entre les groupes de prestataires. Les prix à Dakar étaient plus élevés que dans les régions pour tous les prestataires, sauf les dispensaires d'entreprise. Par exemple, les postes catholiques demandaient 207 francs CFA (\$ 0,77) par visite préventive à Dakar et 181 francs CFA (\$ 0,67) dans les régions. En ce qui concerne les prestataires à but lucratif, les prix régionaux n'étaient que de 60 % des prix à Dakar, alors que pour les cliniques « autres », les prix régionaux étaient d'environ un tiers des prix de Dakar. Des prix régionaux plus faibles pourraient indiquer des coûts de production plus faibles (personnel médical moins cher) ainsi qu'un pouvoir d'achat plus faible de la population.

Les prix du secteur privé étaient généralement plus élevés que dans le secteur public. Pour les soins curatifs, les prix des postes catholiques étaient égaux aux prix des hôpitaux publics et environ deux fois aussi élevés que les prix des centres, des postes et des cases de santé du gouvernement. Les prix des cliniques à but lucratif pour les soins hospitaliers étaient presque 20 fois plus élevés que ceux des hôpitaux publics pour les accouchements et environ dix fois plus élevés dans le cas des hospitalisations.

### 3.6 FINANCEMENT

A l'exception des postes catholiques, les prestataires hésitaient à donner des informations sur les recettes. Aussi n'a-t-on pas pu obtenir pour eux les taux des recouvrement de coût ou de rentabilité. Il est probable que les dispensaires sont largement subventionnés par l'entreprise et que seule une petite partie des recettes vient du paiement des patients. Il est également probable que les prestataires à but lucratif font un bénéfice et ne reçoivent pas de subventions externes et que les prestataires « autres » dépendent surtout, voire exclusivement, des paiements des utilisateurs comme source de recettes.

Concernant les postes de santé catholiques, le recouvrement des coûts représente pratiquement la seule source de recettes, puisque 96 % de leurs recettes proviennent des paiements des utilisateurs (*Tableau 3-8 et Figure 3-14*). Partant, les établissements catholiques atteignent un quasi seuil de rentabilité et sont autofinancés en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement. Aucune information n'a été obtenue sur le financement des investissements. Il est probable que, à l'instar d'autres pays de la région, les dépenses d'investissement des services de santé de l'Eglise sont financées par l'Eglise ou par d'autres subventions externes.

Comparé aux formations sanitaires publiques, ce sont les postes catholiques privés qui avaient le taux plus élevé de recouvrement des coûts, soit d'autonomie financière. Les trois types plus importants de prestataires publics dépendaient pour beaucoup des budgets publics pour financer leurs activités. Les postes de santé publique qui ressemblent le plus aux postes catholiques du point de vue type et quantité de services offerts ne recouvraient que 26 % de leurs coûts à partir des paiements des utilisateurs. Ce chiffre se compare mal au taux de 95 % du recouvrement des coûts réalisé par les postes catholiques.

# Prix Moyens des Prestataires Privés et Publics

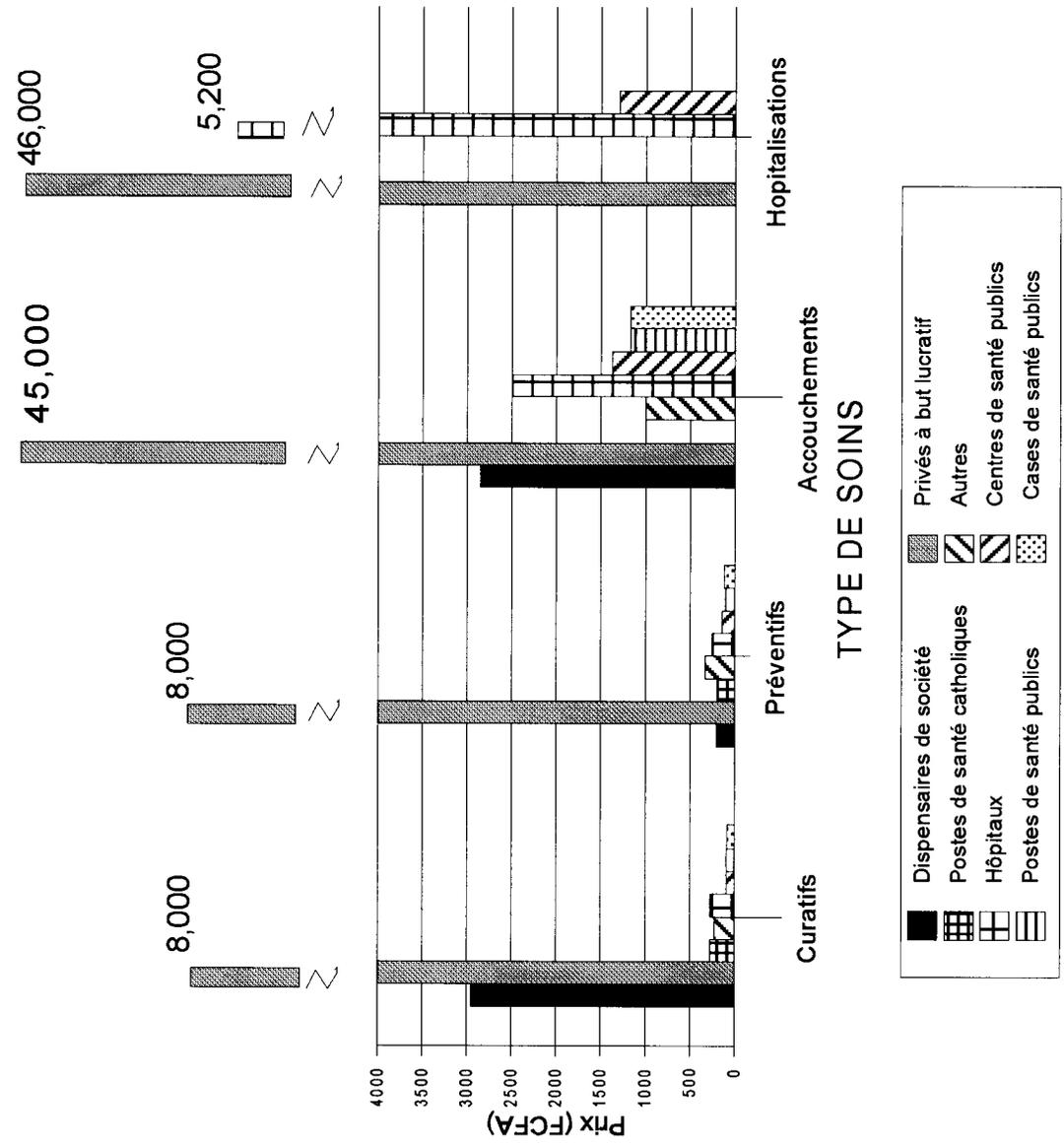


Figure 3-13 Prix moyens des prestataires privés et publics

La différence dans la capacité de recouvrement des coûts peut être expliquée en raison de nombreux facteurs. Les postes catholiques ont des prix qui sont plus élevés que ceux des formations sanitaires publiques en qui concerne les soins ambulatoires. De plus, les postes catholiques peuvent avoir une politique différente concernant les soins gratuits que des établissements publics qui exonèrent certains patients indigents et d'autres groupes d'utilisateurs. Toutefois, on n'a pas obtenu d'informations sur les politiques d'exonération dans les postes catholiques et, partant, on ne peut arriver à aucune conclusion à cet égard. En outre, dans le cadre de l'étude sur le secteur public, les formations sanitaires publiques indiquaient une exonération de paiement, uniquement pour une petite fraction de patients (moins 5 %).

TABLEAU 3-8 POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES FINANCEMENT PAR CATÉGORIE DE BUDGET ET SOURCE DE FINANCEMENT (N = 27)				
CATÉGORIE DE BUDGET	SOURCE DE FINANCEMENT			
	Paiement des utilisateurs	Donation	Autres	Total
<b>COÛT (MILLIERS DE FCFA)</b>				
Personnel	2,813	53	0	2,866
Médicaments	2,038	28	52	2,117
Autres	1,817	178	77	2,072
<b>Total</b>	<b>6,668</b>	<b>259</b>	<b>128</b>	<b>7,055</b>
<b>POURCENTAGE</b>				
Personnel	42	21	0	41
Médicaments	31	11	40	30
Autres	27	69	60	29
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Financement total (%)</b>	<b>95</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Une autre raison importante pouvant expliquer la réussite financière relative des postes catholiques est leur productivité plus élevée du personnel conjuguée à leur plus grande disponibilité de médicaments. De fait, bien que les postes catholiques aient des coûts moyens analogues à ceux des établissements ambulatoires publics, le volet personnel du coût moyen est bien plus petit grâce à la productivité plus élevée du personnel. Le volet médicament du coût moyen est bien plus élevé suite à la plus grande disponibilité de médicaments. Aussi, au même coût de production, les postes catholiques vendent-ils un produit qui dépend bien plus des médicaments. C'est probablement la raison faisant que les services des postes catholiques sont plus attirants aux yeux d'une population frustrée par le manque de produits pharmaceutiques dans le secteur santé publique. Vu que les postes catholiques offrent un produit à plus forte utilisation de médicaments et, partant, plus demandés, ils peuvent se permettre de demander un prix

plus élevé que les établissements publics. Ces facteurs combinés se traduisent par une performance financière nettement supérieure dans les postes catholiques.

### 3.7 QUALITÉ DES SOINS

Pour étudier la qualité des soins, l'équipe de recherche a obtenu l'information suivante (confère Tableau 2.2.1 pour plus de détails) :

- ▲ Disponibilité des médicaments et d'autres fournitures médicales au moment de l'enquête et tout au long de la période de référence de l'étude (exercice fiscal 91)
- ▲ Conformité du personnel médical face aux normes cliniques de traitement
- ▲ Perception de la qualité, par les patients
- ▲ Perception de la qualité, par le personnel

Cette section présente les principaux résultats provenant de l'analyse de l'information susmentionnée.

#### *Disponibilité de médicaments et fournitures médicales*

L'équipe de l'enquête a posé des questions sur la disponibilité de certains produits pharmaceutiques essentiels lors de l'année de référence ainsi qu'au moment de l'enquête. On a demandé aux prestataires de signaler toute rupture de stocks de ces produits pendant la période de référence ainsi que de la durée de ces ruptures. Voici les médicaments qui avaient été retenus :

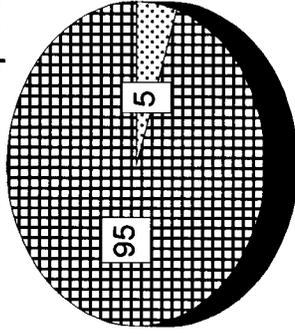
- ▲ Chloroquine
- ▲ Aspirine
- ▲ Antibiotiques
- ▲ Sels de réhydratation orale
- ▲ Vaccins
- ▲ Médicaments vermifuges
- ▲ Quinine

L'information sur la disponibilité de médicaments est présentée sur la Figure 3.7.1. Les ruptures de stocks sont représentées par la distance entre le haut de la barre et la marque 100 % ; ils représentent le pourcentage d'établissements interviewés qui ont connu une ou plusieurs ruptures de stocks pour le produit en question pendant l'exercice 91. Généralement, les prestataires non gouvernementaux étaient bien équipés en médicaments. Pour les prestataires à but lucratif à Dakar et les postes de santé catholiques, à Dakar et dans les régions, il n'y a eu pratiquement aucune rupture de stocks pendant l'exercice 91. Il est surprenant de noter que les ruptures de stocks étaient chose courante dans les dispensaires d'entreprise qui manquaient de la plupart des produits une partie de l'année. Les prestataires « autres » à Dakar ont également connu des ruptures de stocks pour tous les produits, dans la moitié des cas.

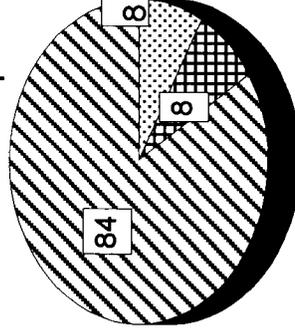
# Sources de Financement, Prestataires Privés et Publics

POURCENTAGE

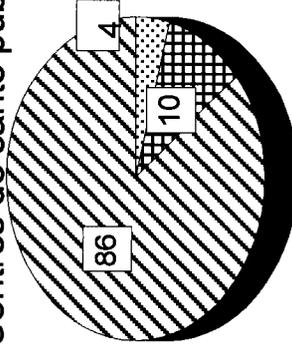
Postes de santé catholiques



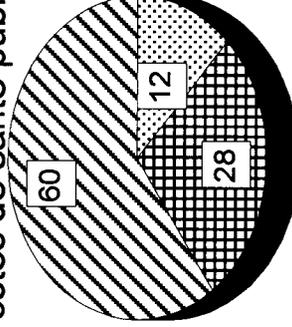
Hôpitaux publics



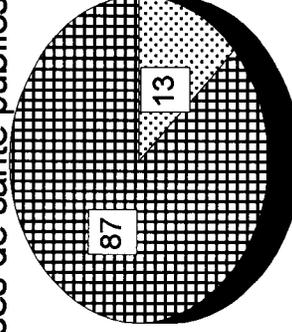
Centres de santé publics



Postes de santé publics



Cases de santé publics



SOURCES DE FINANCEMENT



Subvention du gouvernement



Paiements utilisateurs



Autres

Figure 3-14 Sources de financement, prestataires privés et publics

Dans le secteur public, les médicaments essentiels ne sont pas très disponibles. La majorité des formations publiques ont connu des ruptures de stocks pour la plupart des produits pendant l'exercice 91 (*Figure B-1* de l'Annexe B). La chloroquine, les SRO et les vaccins étaient les produits qui manquaient le plus souvent. Pendant l'exercice 91, la moitié des centres de santé à Dakar ont manqué de chloroquine et de SRO. Plus de 60 % de tous les centres de santé ont connu des ruptures de SRO et de vaccins. La durée des ruptures de stocks allait de quelques semaines à toute l'année. Ce sont les formations sanitaires de Dakar (centres et postes) qui ont été le moins affectées par les ruptures de stocks. Les postes de santé à Dakar ont montré une bonne performance générale en ce qui concerne la disponibilité des médicaments pour la liste choisie. Par contre, dans les régions, les ruptures de stocks étaient plus répandues. En ce qui concerne la liste choisie de produits, les postes de santé avaient en général des résultats légèrement meilleurs que les centres de santé, du point de vue de la disponibilité des médicaments. Ce sont les cases de santé qui avaient les résultats les moins bons, puisque 30 à 50 % de toutes les cases ont signalé des ruptures de stocks pour tous les produits choisis pendant la période de référence.

Des informations analogues ont été réunies pour un ensemble choisi de fournitures médicales :

- ▲ Alcool
- ▲ Coton
- ▲ Gants
- ▲ Aiguilles
- ▲ Lames de microscope
- ▲ Seringues
- ▲ Thermomètres

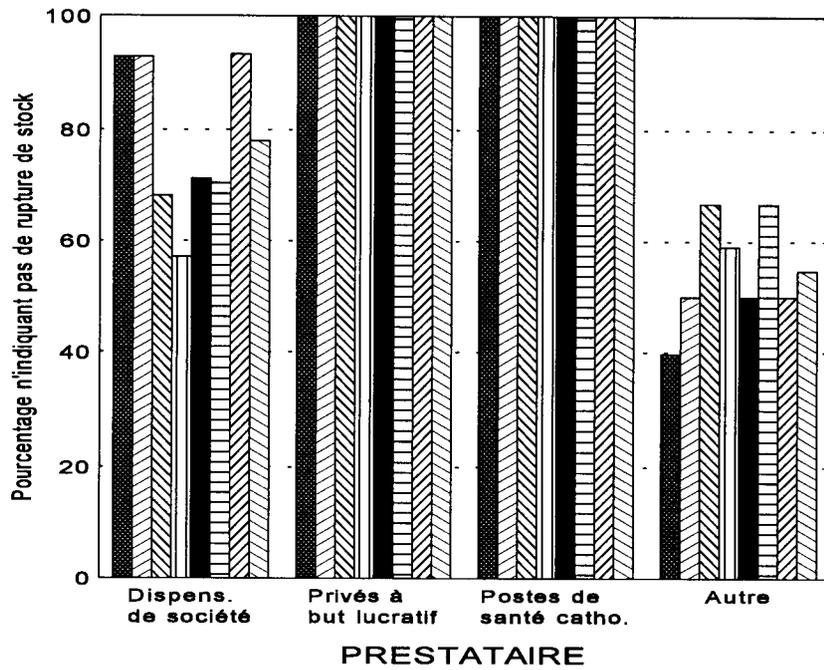
Les résultats de cette enquête auprès de prestataires non gouvernementaux sont donnés à la *Figure 3-16*. Une information analogue est présentée pour les établissements publics à la *Figure B-2*. Comme pour les médicaments, les formations à but lucratif et les établissements catholiques ne manquaient quasiment jamais de ces fournitures. Les dispensaires d'entreprise connaissaient également de bonnes situations à cet égard. En revanche, une partie importante des prestataires « autres » manquait de ces fournitures.

Dans le secteur public (*Figure B-2*), les ruptures de stocks étaient chose courante dans la plupart des établissements, souvent pour la plupart des produits retenus. Comme pour les médicaments, c'était les centres et les postes de santé à Dakar qui étaient le mieux équipés. De même, les postes de santé connaissaient moins de ruptures pour ces fournitures que les centres de santé.

Environ la moitié des formations sanitaires n'avaient pas de thermomètres au moment de l'enquête ou avaient connu des ruptures pendant l'exercice 91. De même, les fournitures pour les examens de laboratoire, par exemple, les lames de microscopes et les teintures manquaient dans la moitié des établissements pendant la période de rappel.

# Disponibilité de certains médicaments

## DAKAR



## REGION

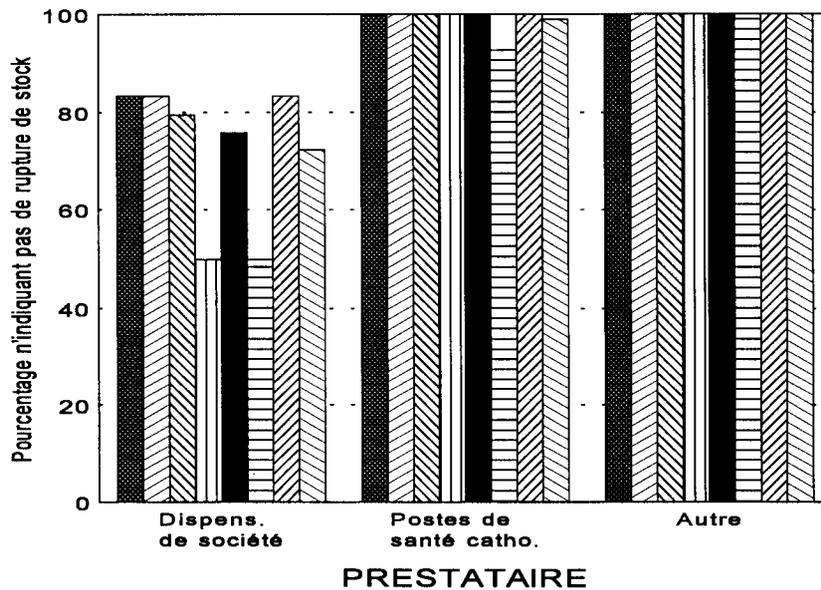
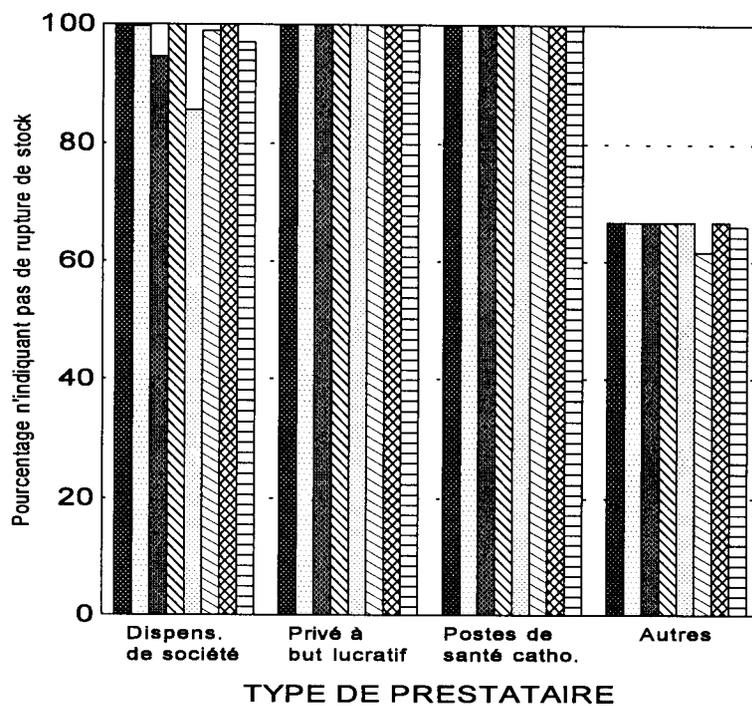


Figure 3-15 Disponibilité de certains médicaments

## Disponibilité de certains fournitures médicales

### DAKAR



### REGIONS

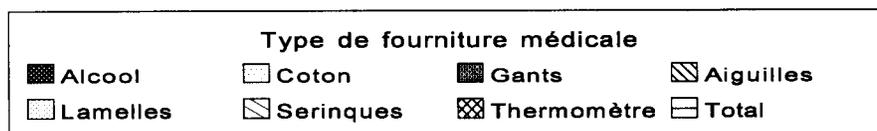
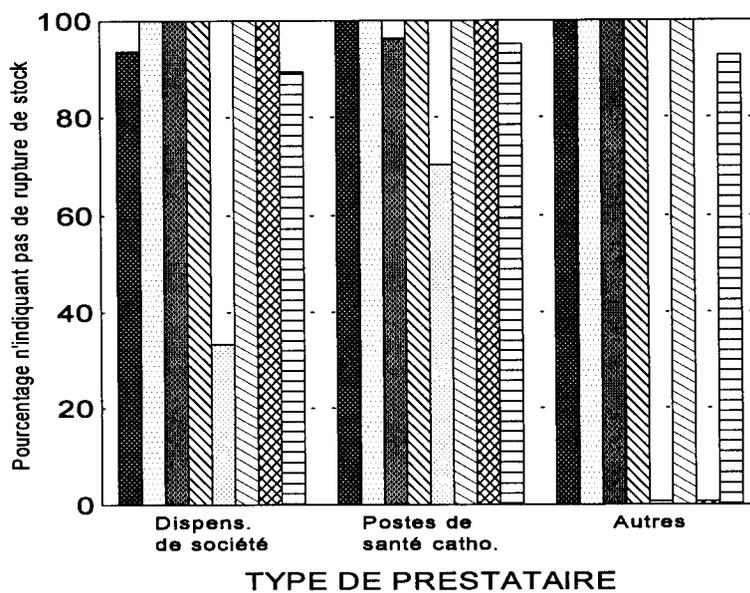


Figure 3-16 Disponibilité de certains médicales

### *Processus sanitaire—conformité aux normes de diagnostic et de traitement*

Tel que nous l'avons déjà noté, les normes de traitement étaient définies par une équipe d'enquête qui comprenait des médecins universitaires et des infirmiers expérimentés. On a observé le personnel médical pendant qu'il examinait et traitait les patients qui souffraient surtout de fièvre ou de diarrhée; on a comparé leur comportement aux normes de pratique. Un échantillon aléatoire de patients était retenu dans chaque établissement pour faire partie de l'échantillon. La taille de l'échantillon variait de 10 à 30 par établissement, suivant l'activité au moment de la visite de l'équipe de l'enquête. L'enquêteur (infirmier formé à l'université) s'asseyait dans le bureau du prestataire, observait son comportement avec les patients et le notaient sur le questionnaire.

Les résultats de cette mesure sont présentés sur la *Figure 3-17* pour les prestataires non gouvernementaux et pour le cas de patients souffrant surtout de fièvre (confère *Figure B-3* pour une information équivalente sur le secteur public. L'information sur la diarrhée n'est pas présentée pour des questions d'espace, mais on a constaté des résultats analogues. Les professionnels de la santé se conformant aux normes définies par les experts devraient exécuter toutes les tâches médicales notées sur l'axe X de la figure, par exemple, prendre les signes vitaux du patient; examiner le patient pour détecter les éventuels problèmes et identifier la cause de la fièvre; informer le patient de la conclusion de l'examen et des mesures de suivi, etc. Si la conformité était parfaite, les barres verticales atteignaient la marque supérieure de 100 %. La différence entre le haut de chaque barre et la marque de 100 % représente la non-conformité aux normes. De manière plus précise, cette distance correspond au pourcentage de cas dans lesquels les prestataires n'ont pas répondu à la norme.

On a observé la conformité la plus élevée chez les prestataires à but lucratif qui ont exécuté la plupart des tâches médicales tel que stipulé dans la majorité des cas. La conformité au sein des trois groupes de prestataires n'était pas très bonne. Les tâches standard n'étaient pas exécutées dans environ dans la moitié des cas. Par exemple, les professionnels de la santé dans les dispensaires ne communiquaient pas avec les patients dans 60 % des cas. Ce chiffre était de 70 % dans les postes de santé catholiques. Un peu partout, on a constaté une non-conformité aux normes de traitement soulevant des questions quant à la qualité des soins chez les prestataires non gouvernementaux autres que dans les dispensaires à but lucratif.

Des problèmes analogues ont été constatés dans le secteur public. Le personnel médical ne communiquait pas bien avec les patients, n'expliquait généralement pas les procédures de l'examen et les conclusions de cet examen (*Figure B-3*). Par exemple, le personnel médical des hôpitaux ne communiquait pas bien avec les patients dans 75 % des cas (confère « Expliquer conclusion » dans la figure). La plupart du personnel ne faisait pas les tests standard, ne posait pas les questions et ne faisait pas les examens pour un diagnostic correct de la condition médicale. Par exemple, à l'extérieur des hôpitaux, moins de 5 % des patients souffrant de fièvre recevaient un bilan pour détection d'infection respiratoire, des oreilles ou de la gorge. A l'exception des cases de santé, le personnel médical dans les autres types d'établissements ne faisait pas les tests sanguins pour détection de paludisme dans 60 % des cas.

# Comportement du Personnel Médical pour Consultation Fièvre, par Type de Prestataire

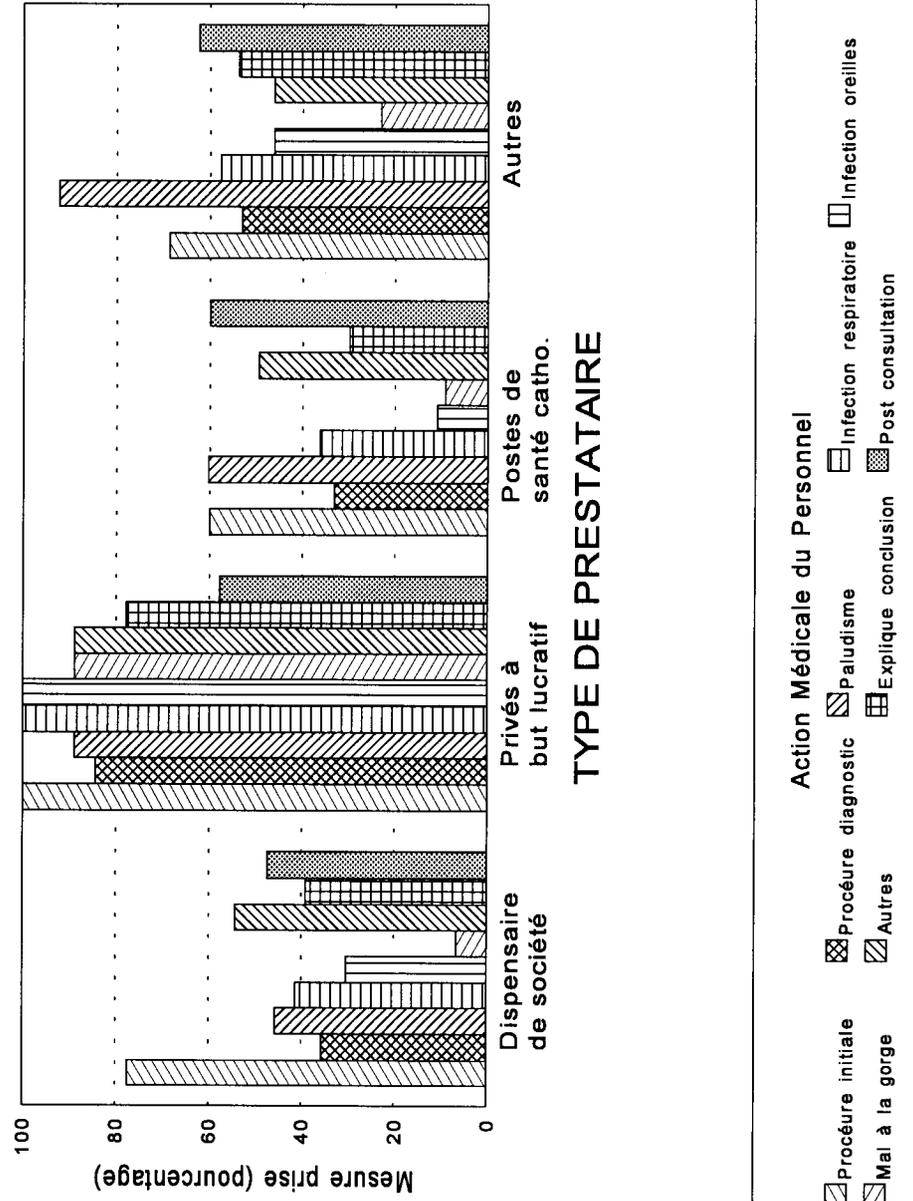


Figure 3-17 Comportement du personnel médical pour consultation fièvre, par type de prestataire

On a également noté les pratiques de prescription des prestataires à la fin de l'examen médical de patients souffrant de fièvre ou de diarrhée. Le questionnaire donnait les médicaments utilisés couramment lorsqu'on traite de patients souffrant de fièvre ou de diarrhée. Pour la fièvre, les médicaments suivants étaient marqués sur la liste : chloroquine, quinine, antibiotiques, valium, vitamines, antitussifs et aspirine. L'enquêteur a également noté si l'ordonnance correspondait ou non au problème médical tel que diagnostiqué par le prestataire de services. Les résultats de cette enquête sont indiqués sur la *Figure 3-18*.

En général, la constance du traitement était élevée, elle était la plus élevée pour les organismes à but lucratif (100 %) et la moins élevée dans les postes catholiques (juste supérieure à 80 %). Les cliniques à but lucratif prescrivent rarement de la chloroquine ou de la quinine, ce qui semble indiquer que leurs patients ont d'autres symptômes que le paludisme. Par exemple, les prestataires à but lucratif prescrivaient surtout des antibiotiques, des antitussifs, de l'aspirine et, très souvent, d'autres médicaments (malheureusement, non codés pour cette analyse). La chloroquine et la quinine étaient prescrites le plus souvent par les prestataires « autres » et les postes de santé catholiques.

En ce qui concerne l'adéquation du traitement dans le secteur public, ce sont les cases de santé qui avaient les résultats les plus faibles, suivies des hôpitaux (*Figure B-4*). Ce sont les postes qui avaient la meilleure performance, puisque presque 90 % de leurs patients ont reçu le traitement approprié. L'utilisation de médicaments variait entre établissements et régions, reflétant probablement des pratiques différentes de traitement, des différences dans la combinaison de cas et des différences dans la disponibilité de médicaments. Par exemple, les centres de santé à Dakar prescrivaient des antibiotiques à environ 45 % de leurs patients, alors que les cases de santé le faisaient pour juste plus de 20 % de leurs patients. Si les hôpitaux prescrivaient la chloroquine à moins de la moitié de leurs patients, les cases de santé, en revanche, le faisaient dans plus de 75 % des cas.

On a également évalué la conformité aux tâches standard concernant les procédures médicales générales. Il s'agissait de la pesée des bébés, vaccination des enfants et désinfection de plaies. Les tâches portaient sur des mesures d'hygiène fondamentales, par exemple le fait de se laver et de se désinfecter les mains, d'informer le patient, de nettoyer la zone de travail, etc. La *Figure 3-19* présente les résultats pour les prestataires non gouvernementaux (pour les prestataires publics, confère *Figure B-5*). C'est dans les dispensaires à but lucratif et dans les postes catholiques que le personnel se conformait le mieux aux actions standard, et c'est dans les dispensaires d'entreprise qu'il s'y conformait le moins. Tout au long, la conformité pour le lavage et la désinfection des mains était très faible — moins de 30 % partout et en dessous de 10 % dans les cliniques « autres ».

Dans le secteur public (*Figure B-5*), il existait de petites différences entre types d'établissements en ce qui concerne la conformité aux actions médicales standard. Plus de 80 % de tous les actes étaient exécutés correctement. A l'instar du secteur non gouvernemental, on suivait rarement la pratique consistant à se laver et à se désinfecter les mains entre les patients. Par exemple, seul environ 5 % du personnel des centres de santé se lavait les mains en voyant un nouveau patient et moins de 15 % se désinfectait les mains. En ce qui concerne la communication de l'information aux patients, le personnel se conformait mieux à ces procédures que dans le cas des patients qui se plaignaient surtout de fièvre ou de diarrhée. En général, la communication était faible avec les patients. Par exemple, dans les centres de santé, moins de 20 % de tous les patients recevaient des informations de suivi quant à leur état et 40 % seulement étaient informés des actions prises. La conformité aux procédures types variait entre les catégories de personnel médical. C'était les infirmières qui s'y conformaient le mieux et les médecins le moins.

# Médicament Prescrit et Traitement Général pour Consultation Fièvre, par Type de Prestataire

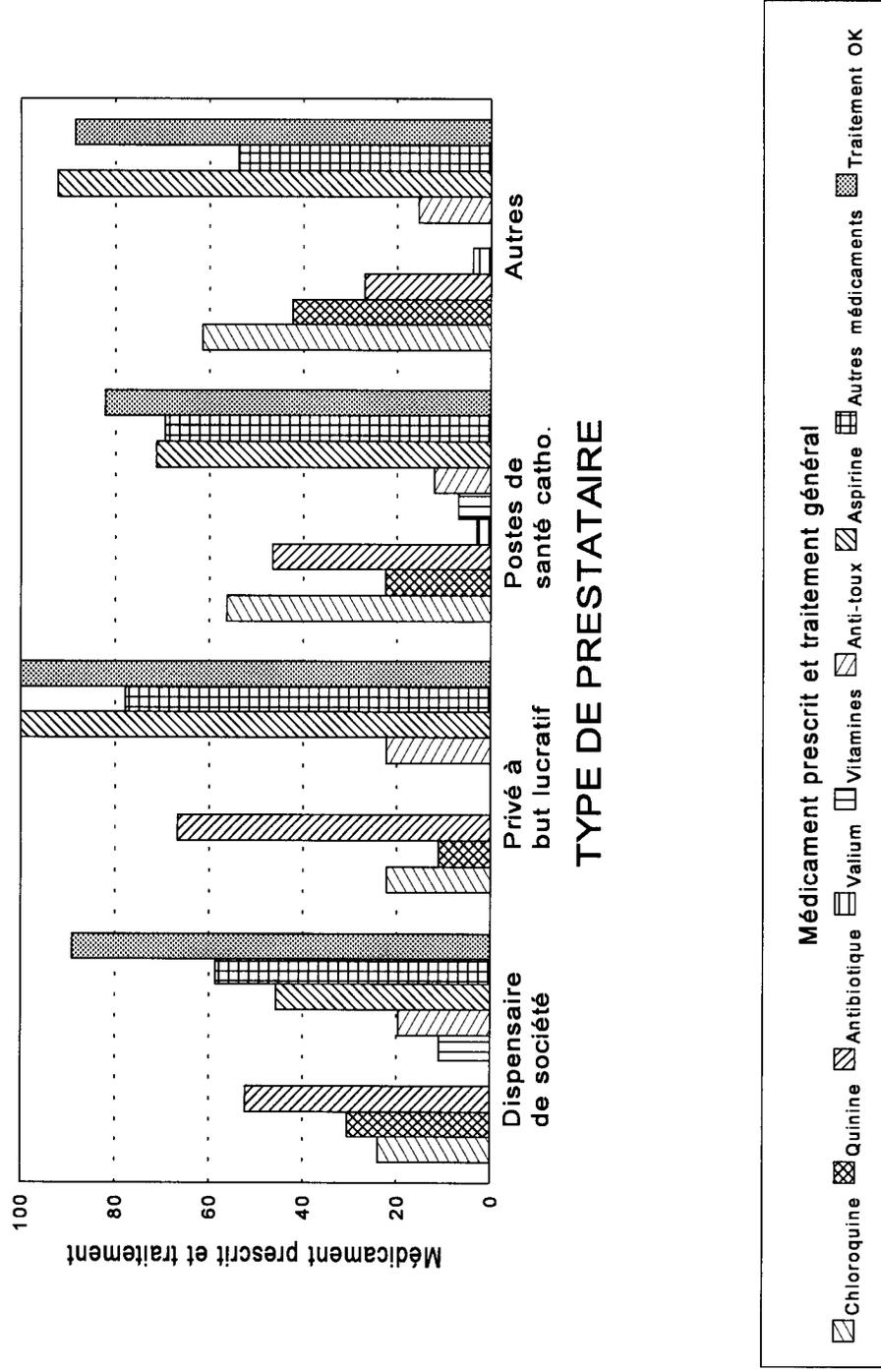


Figure 3-18 Médicament prescrit et traitement général pour consultation fièvre, par type de prestataire

# Conformité aux Procédures Médicales par Type de Prestataire

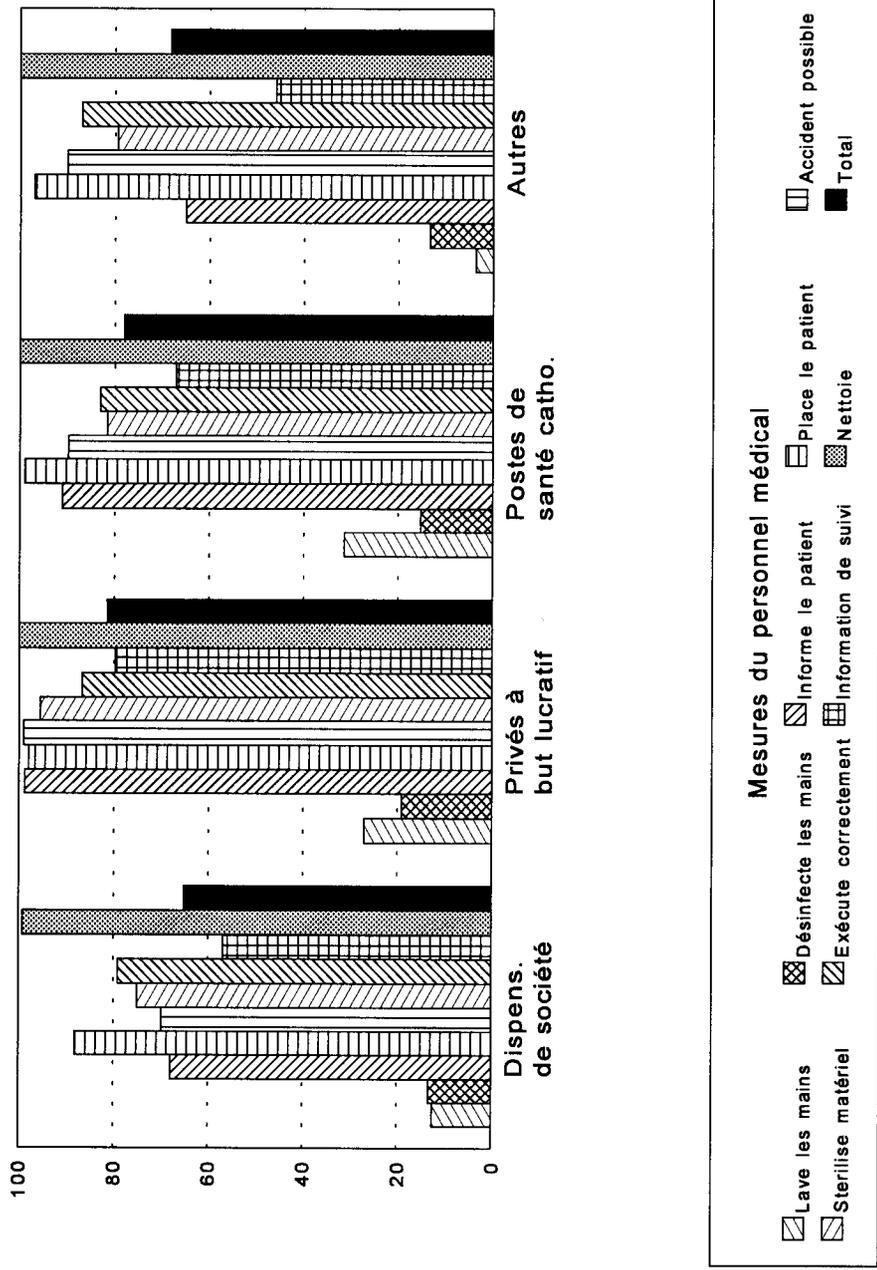


Figure 3-19 Conformité aux procédures médicales, par type de prestataire

### *Perception de qualité par les patients*

Les patients sortant des établissements ont répondu à des questions qui leur demandaient pourquoi ils avaient choisis cet établissement. Les raisons étaient classées dans cinq groupes : économique, géographique, psychologique, aiguillage et toutes les autres raisons (*Figure 3-20*). Les patients des postes catholiques ont cité les raisons économiques comme étant la plus importante faisant qu'ils ont choisi ce type de prestataire. Cela nous montre que la population juge que les postes catholiques sont relativement peu chers. En revanche, un petit nombre de patients dans les dispensaires d'entreprise et dans les formations à but lucratif ont cité les raisons économiques comme déterminant de leur choix. Les dispensaires d'entreprise ont été choisis pour d'autres raisons (non cotées), car probablement les soins sont donnés gratuitement aux employés de l'entreprise et à leurs familles. Les prestataires à but lucratif ont surtout été choisis pour des raisons psychologiques. Les prestataires « autres » ont été choisis surtout pour l'emplacement géographique. En bref, les postes catholiques sont vus comme « un bon service pour l'argent dépensé »; les dispensaires d'entreprise sont le choix évident de leurs bénéficiaires; les cliniques à but lucratif de par l'offre médicale et, partant, le soulagement psychologique; et les prestataires « autres » parce qu'ils sont « tout proches ». La réponse donnée le plus souvent par les patients des formations publiques (*Figure B-6*) était l'emplacement géographique (plus de 50 % des patients pour les hôpitaux à plus de 75 % pour les cases de santé). La raison donnée en second lieu était une raison psychologique, alors qu'un tiers était d'ordre économique.

A leur sortie de l'établissement, on a également demandé aux patients de noter la qualité des soins en fonction d'une série de critères (*Figure 3-21*). En général, les patients étaient satisfaits de la visite et du traitement. C'est parmi les patients des postes catholiques qu'on a noté les taux les plus élevés d'ordonnance de médicaments. C'est parmi les patients des prestataires à but lucratif qu'on a noté les taux les plus faibles toujours pour l'ordonnance de médicaments. Ce dernier résultat remet en question les comptes rendus sur l'excellente disponibilité en médicaments dans les formations à but lucratif, présentée ci-dessus. Doutes qui sont encore renforcés par la fréquence élevée d'ordonnances (l'opposé de « a obtenu des médicaments » dans la figure) dans les dispensaires à but lucratif. Les données sont incomplètes qui nous montreraient si un paiement a été versé ou non pour les médicaments. Mais la figure nous montre que les paiements étaient exigés partout et que les patients étaient moins satisfaits des prix des dispensaires d'entreprise et bien plus contents des prix dans les postes catholiques et dans les formations « autres ». Tout au long de la figure, on peut constater que les patients sont mécontents des soins dispensés dans les dispensaires d'entreprise.

Dans les quatre types d'établissements publics, la plupart des patients indiquaient qu'ils étaient en général satisfaits de la visite et qu'ils reviendraient à l'avenir dans le même établissement. Toutefois, il y a eu des différences dans la satisfaction des patients : en général, c'est dans les hôpitaux qu'elle était la plus faible, suivis des centres de santé, des postes de santé. Ce sont les cases de santé, suivies des centres de santé, qui ont reçu les meilleures réponses à la plupart des questions. Également dans le secteur public, la fourniture de médicaments aux patients semblait étroitement liée au niveau de fréquentation (non montré dans une figure, confère Bitran, Brewster et Ba 1994). Les établissements avec la proportion de patients la plus élevée recevant des médicaments appartenaient au groupe avec la plus forte fréquentation, alors que ceux avec la plus faible proportion de patients recevant des médicaments se rangeaient dans le groupe de fréquentation la plus faible. En conséquence, les établissements donnant la proportion la plus élevée d'ordonnances à la place de médicaments se rangeaient dans les groupes avec la plus faible fréquentation, et vice versa.

# Perception de la qualité des soins de santé

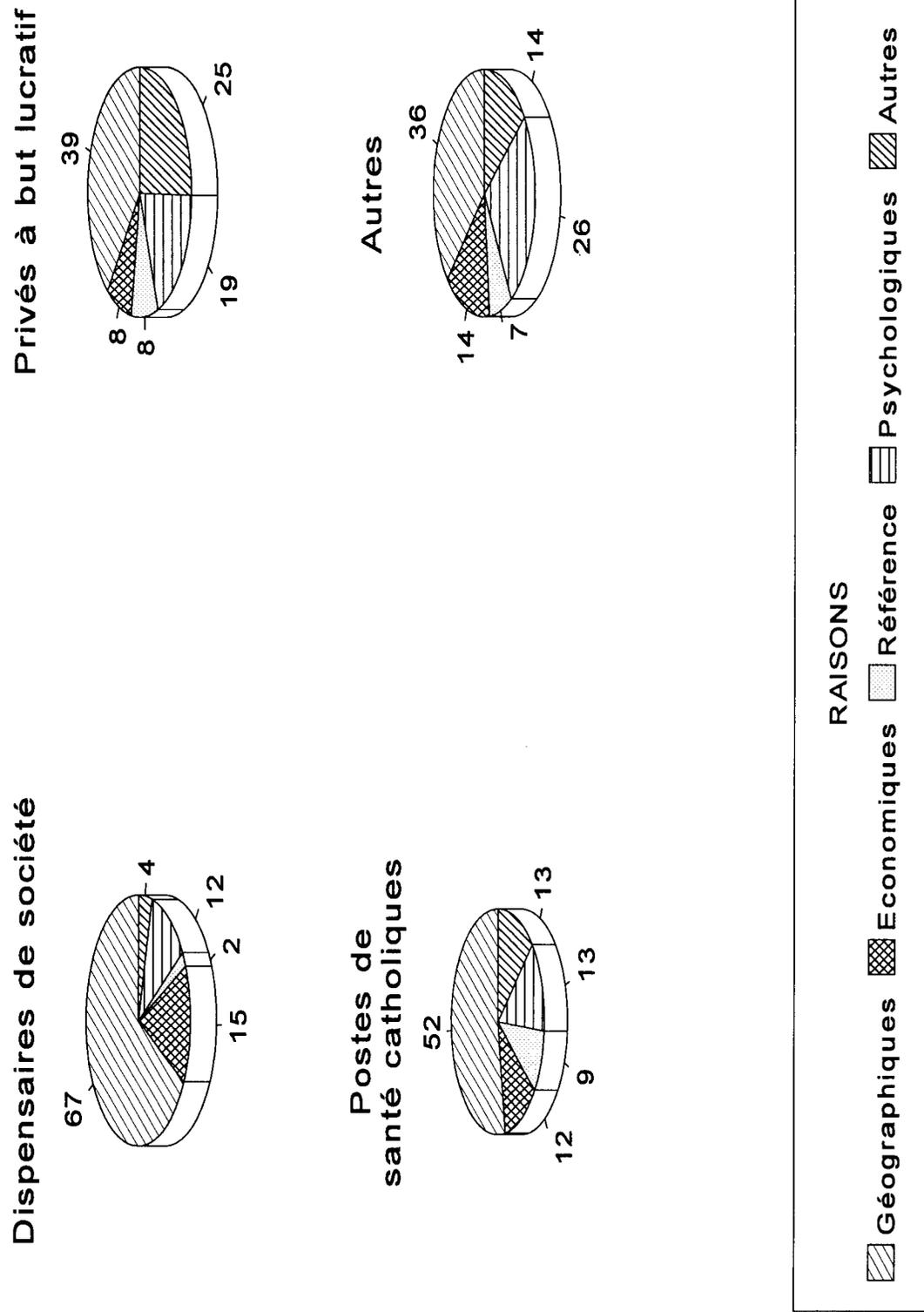
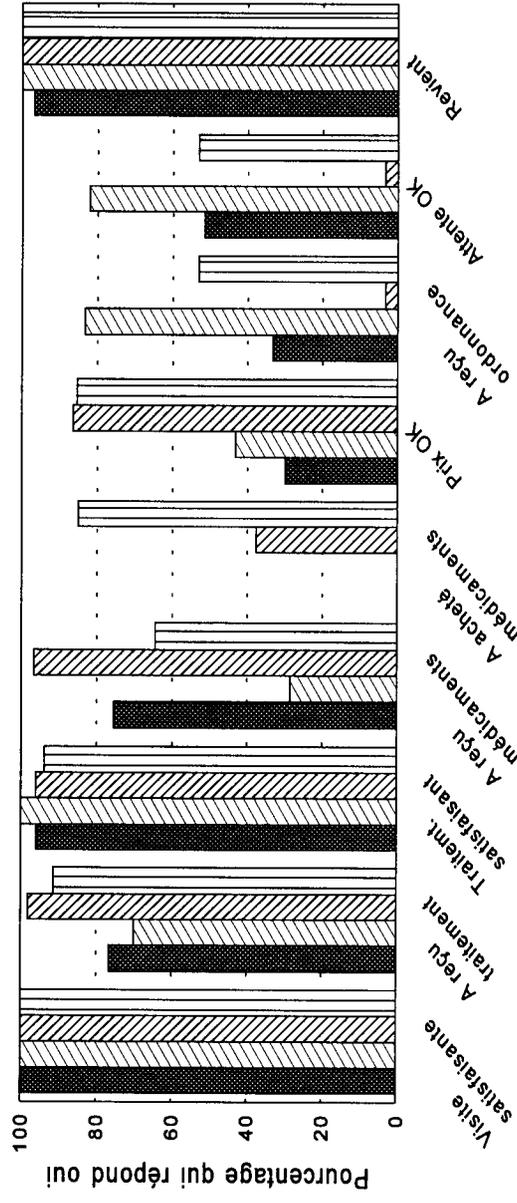


Figure 3-20 Perception de la qualité des soins de santé

# Qualité des soins telle que perçue par les patients, par type d'établissement



## Mesures de la satisfaction des patients

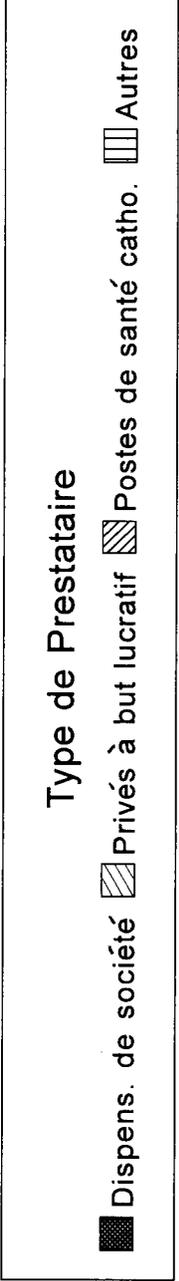


Figure 3-21 Perception de la qualité des soins par les patients

### *Perception de la qualité par le personnel médical*

On a demandé au personnel médical d'évaluer la qualité des soins dans leur établissement par rapport à d'autres établissements analogues (*Figure 3-22*). On a également demandé au personnel de préciser les facteurs les plus importants qui se répercutent négativement sur la qualité lorsque leur évaluation était « moyenne » ou « médiocre ».

Les perceptions de qualité de la part du personnel variaient de manière importante entre prestataires. Les meilleures autoperceptions de qualité ont été constatées chez les prestataires à but lucratif, les moins satisfaits de la qualité étaient le personnel des établissements « autres ». Les dispensaires d'entreprise et les postes de santé catholiques avaient les mêmes résultats.

Dans le secteur public, l'évaluation de la qualité variait par type d'établissement, tel qu'on peut le voir dans la *Figure C.7.8*. En général, les autoperceptions de la qualité dans le secteur public étaient plus négatives que parmi les prestataires non gouvernementaux. Les pires perceptions de qualité ont été constatées dans les cases de santé, où environ 24 % du personnel a indiqué que les soins étaient « médiocres ». En revanche, les réponses les plus positives ont été obtenues dans les postes de santé où un tiers du personnel a trouvé que la qualité des soins était « bonne ».

# Perceptions de la qualité des soins par le personnel, par type d'établissement

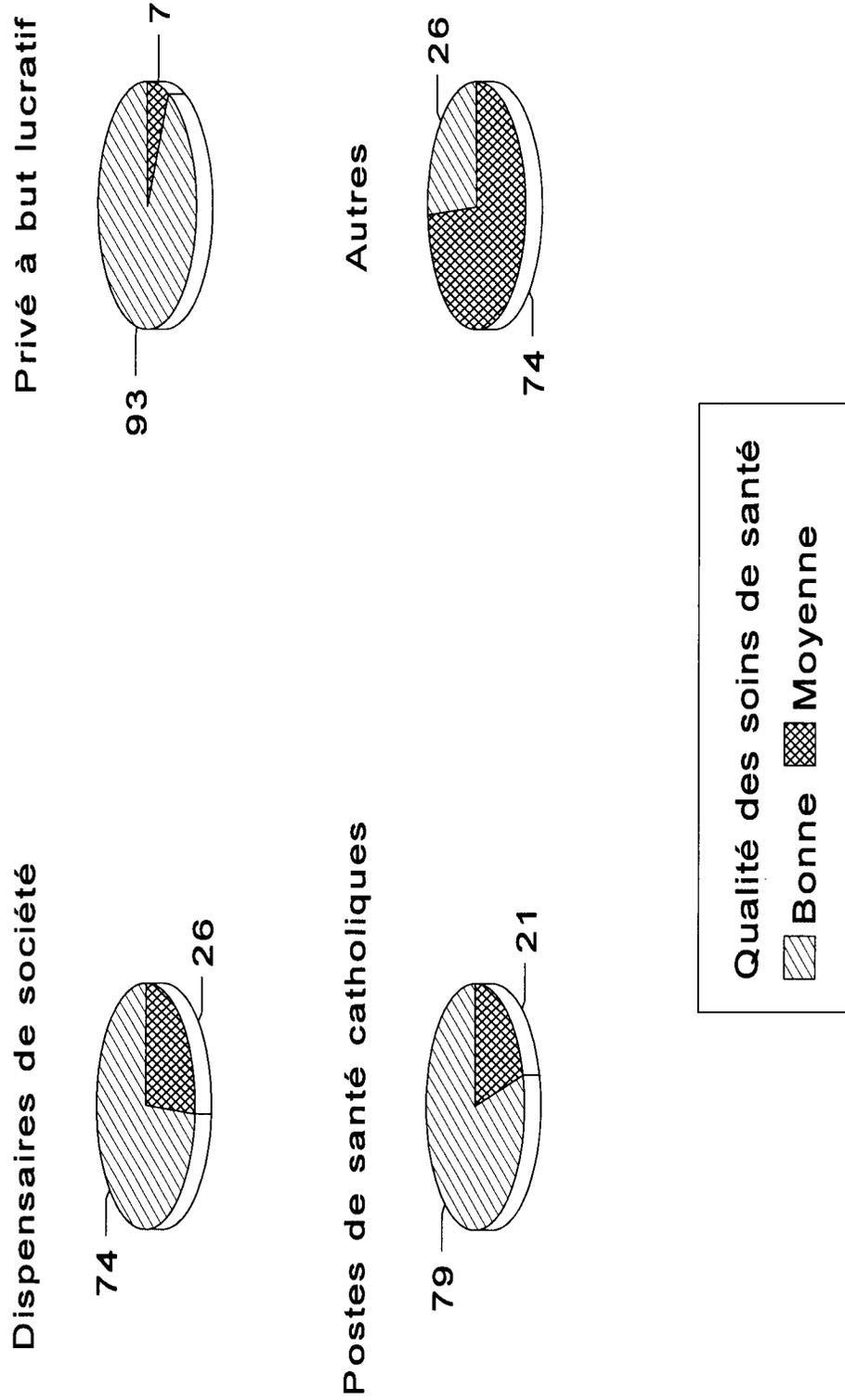


Figure 3-22 Perceptions de la qualité des soins par le personnel, par type d'établissements

## 4.0 RECAPITULATIF ET CONCLUSION

Cette analyse des coûts, du financement et de l'efficacité des prestataires sanitaires privés au Sénégal s'inscrit à la suite d'une étude jumelle du système public de prestation des soins de santé réalisée auparavant (Bitran, Brewster et Ba, 1994). A l'instar de l'étude du secteur public, nous avons pris un échantillon de prestataires privés sur l'ensemble du pays pour obtenir un groupe représentatif à l'échelle nationale. Aux fins de pouvoir faire des comparaisons de performance, nous avons choisi des formations sanitaires publiques et privées en fonction de plusieurs types de services de santé qu'elles prêtent et en voyant si elles étaient prêtes et capables de fournir les informations nécessaires à l'équipe de l'enquête. HFS a mis au point les questionnaires originaux de l'enquête et nous les avons utilisés pour les prestataires publics et privés.

Cette enquête avait pour objet de comprendre le rôle et la performance des prestataires sanitaires privés, de comparer leur performance avec celle des établissements publics et d'explorer les éventuels avantages qui résulteraient d'une plus grande collaboration publique-privée au niveau de la prestation et du financement des services de santé au Sénégal.

La présente recherche cherche surtout à mesurer l'efficacité des prestataires sanitaires privés et publics et se penche également sur les questions pertinentes relatives aux coûts, au financement et à la qualité des soins des prestataires. Les données sur les coûts et la qualité ont été combinées pour pouvoir arriver à des mesures d'efficacité. L'information sur le financement nous a permis d'analyser le financement des coûts renouvelables ainsi que la pérennité financière. Nous avons également évalué les implications du point de vue efficacité des systèmes de services payants chez les prestataires privés et publics. Des résultats détaillés provenant de l'étude d'HFS faite auprès du secteur public sont présentés dans un document de recherche séparé (Bitran, Brewster et Ba, 1994). Le présent rapport met en exergue les résultats pertinents provenant d'une étude du secteur public afin de faciliter des comparaisons avec le secteur privé. En outre, plusieurs autres études ont été réalisées au Sénégal par HFS dans le cadre d'un effort analytique exhaustif en vue d'étayer l'initiative de réforme de la politique de l'Etat. (Une liste des recherches connexes de HFS au Sénégal est présentée en Annexe C).

Le débat concernant le rôle approprié du secteur privé au niveau de la prestation des soins de santé a surtout été de nature idéologique. Ceux qui sont en faveur de la privatisation des services sanitaires publics avancent souvent l'argument selon lequel le secteur privé est plus efficace. Ceux qui sont en faveur d'un rôle plus important pour les prestataires du secteur public défendent souvent leur point de vue en invoquant le manque de confiance à l'égard du secteur privé qui, à leur avis, recherche son propre gain au détriment de la société.

La base empirique est faible pour soutenir l'un ou l'autre de ces points de vue. Si, d'une part, l'on connaît bien le manque d'efficacité des services sanitaires publics, il n'existe pourtant que peu de travaux de recherche qui comparent la performance des prestataires publics et privés. La présente étude cherche à faire cette comparaison et à explorer une autre question importante du point de vue politique : pourrait-on renforcer l'efficacité du système de santé en accroissant le rôle que joue le secteur privé au niveau de la production des services de santé.

## RESULTATS

### *Portée et quantité des services de santé*

A l'instar des prestataires du secteur public, les prestataires privés fournissent davantage de soins curatifs que préventifs bien que tous offrent certains services préventifs. Parmi la gamme de services préventifs prêtés par la plupart des prestataires privés (postes de santé catholiques, dispensaires d'entreprise et "autres" cliniques), l'on a les visites prénatales, les soins préscolaires, les vaccinations, la planification familiale et l'éducation. En revanche, les prestataires à but lucratif ne fournissent généralement que les vaccinations.

Il existe une très grande variation dans le volume de services que fournissent les établissements privés. Le nombre moyen de visites annuelles va d'un minimum de 3 700 pour les cliniques à but lucratif (3 200 pour celles à l'extérieur de Dakar) à un maximum de 27 000 pour les postes de santé catholiques (75 200 pour les quatre à Dakar). Si les hôpitaux et les centres de santé du secteur public ont des volumes plus grands que les prestataires privés, les postes de santé du secteur public, par contre, sont en moyenne plus petits que les postes de santé catholiques et les dispensaires d'entreprise.

### *Coûts et efficience*

Le total des coûts des formations sanitaires privées varie grandement, reflétant la grande différence dans leurs volumes de services. A l'exception de la catégorie "autres" cliniques, les établissements privés enquêtés dépensaient un pourcentage plus faible de leurs budgets pour le personnel que les établissements publics. Certains établissements privés (par exemple, les postes catholiques et les dispensaires d'entreprise) dépensaient des quantités relativement élevées (28 pour 100 de leurs budgets) pour les médicaments, bien que les dépenses pour les médicaments dans les cliniques à but lucratif et dans les "autres" cliniques n'étaient pas très élevées. les établissements privés (là aussi à l'exception de la catégorie "autres" cliniques) dépensaient une proportion bien plus grande de leurs budgets pour des facteurs de production autre que le personnel et les médicaments - fournitures, équipement, entretien - que les établissements publics.

Les coûts unitaires estimés des postes de santé catholiques étaient quasi analogues aux coûts unitaires estimés dans les centres de santé et les cases de santé publics. En général, le coût moyen des consultations externes dans les établissements privés diminuait au fur et à mesure qu'augmentait le volume de services.

La productivité des agents de santé a été mesurée par le nombre de patients traités sur une période donnée. En moyenne, la productivité des agents (médecins, infirmiers et sages-femmes) dans les établissements privés était nettement plus élevée que dans les établissements publics.

### *Paiements*

Les paiements pour les services variaient grandement entre les divers types d'établissements privés puisque les formations à but lucratif demandaient jusqu'à 25 fois le prix des postes de santé catholiques et des "autres" cliniques. On a constaté que les dispensaires d'entreprise ne prenaient que la moitié de ce que demandaient les établissements à but lucratif. En général, les barèmes dans les formations sanitaires privées étaient plus élevés que ceux des établissements publics. Même la catégorie des centres catholiques et autres centres de santé dont les prix sont relativement modestes demandaient environ deux fois autant pour les soins

curatifs que les centres de santé, les postes de santé et les cases de santé publics. Les tarifs pour les soins hospitaliers dans les cliniques à but lucratif étaient de 10 à 20 fois plus élevés que dans les hôpitaux publics.

### *Pérennisation financière*

Les établissements à but lucratif ne reçoivent généralement pas de subventions et, en principe, devraient pouvoir couvrir tous les coûts à partir des paiements des utilisateurs. Les données réunies dans le cadre de la présente étude indiquent que les centres de santé catholiques arrivent à recouvrer 95 pour 100 de leurs coûts notifiés par le biais des paiements, comparé à une proportion de 28 pour 100 dans les postes de santé publics.

### *Qualité*

Généralement, les prestataires privés ont des stocks suffisants de médicaments et connaissent rarement des ruptures de stock. Cette situation s'inscrit en vif contraste avec celle des prestataires du secteur public, surtout ceux à l'extérieur de Dakar, dont la majorité ont connu des ruptures pour la plupart des produits. Des contrastes tout aussi frappants ont été notés en ce qui concerne la disponibilité des fournitures médicales de base dans le privé, comparé aux établissements publics.

Au sein du secteur privé, la présente étude a constaté que les prestataires à but lucratif se conformaient le plus souvent aux normes de diagnostic, suivaient les pratiques acceptées d'ordonnance pour le traitement et se conformaient aux procédures médicales. Mais, en général, ni les formations sanitaires privées ni celles du public n'avaient eu de bons résultats en ce qui concerne les normes prescrites.

Les patients, tant dans les formations privées que publiques, ont indiqué en général qu'ils étaient satisfaits du traitement qu'ils avaient reçu et ont indiqué qu'ils reviendraient pour un traitement futur. La qualité des services d'un établissement a été notée comme bonne par des proportions importantes de membres du personnel pour les établissements à but lucratif (93 pour 100), les établissements catholiques (79 pour 100) et les dispensaires d'entreprise (74 pour 100). En revanche, seule une petite proportion (26 pour 100) du personnel des "autres" cliniques a noté comme étant bon le service fourni par leur établissement. Ces appréciations du personnel étaient nettement meilleures que pour les établissements du secteur public où la proportion la plus élevée de membres du personnel indiquant que la qualité des services de leur établissement était bonne pour les postes de santé, était d'environ 33 pour 100.

## **DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

### *Diversité du secteur privé*

L'analyse du système de santé utilise couramment l'expression "secteur privé" pour désigner l'ensemble de prestataires de services de santé non gouvernementaux pour donner un sentiment d'uniformité et un but commun. L'étude a constaté que, contrairement à cette perception, le secteur privé au Sénégal recoupe une fourchette diversifiée de prestataires qui diffèrent du point de vue types et volumes de services prêtés, prix et qualité de ces services, ainsi que pour d'autres caractéristiques. Il n'existe pas, du moins au Sénégal, ce que l'on pourrait appeler un prestataire "privé" prototype.

Aussi, les politiques visant à façonner le rôle que jouent ces prestataires au niveau du financement et de la prestation des soins de santé doivent reconnaître cette diversité. Telle mesure de politique pourra avoir un impact différent suivant les types de prestataires.

La diversité du secteur privé est bénéfique pour le secteur de santé car elle reflète un marché médical qui peut répondre aux demandes de la population. Par exemple, tel que noté à la Section 3, les cliniques à but lucratif demandent des paiements qui dépassent de loin ceux du secteur public et des postes de santé catholiques. Il est évident que certaines personnes apprécient les services offerts par ces prestataires à but lucratif et que, par conséquent, elles sont prêtes à payer un prix plus élevé pour ces soins. Les coûts nettement plus élevés des cliniques privées à but lucratif, comparés à d'autres prestataires privés et aux centres publics, reflètent la nature de leurs services, axée davantage sur l'utilisation de ressources. Les utilisateurs de ces services à but lucratif apprécient le côté plus agréable et sont prêts à payer pour cela. En répondant à la demande de patients qui ont une bonne capacité de payer, les prestataires à but lucratif absorbent une certaine pression de la demande provenant des établissements publics. Cette situation est très bien comme elle est et l'Etat ne devrait rien faire pour interférer avec les prix et les pratiques de soins de ces prestataires à but lucratif puisque ces pratiques sont adéquates pour leur clientèle actuelle.

Les dispensaires d'entreprise offrent une grande variété de services médicaux, demandent des paiements plus élevés et encourent des coûts plus élevés que les centres de santé et les postes de santé publics. Et, pourtant, les paiements et les coûts de ces dispensaires sont nettement plus faibles que ceux des prestataires à but lucratif. Les "autres" cliniques privées ont également des structures de prix et de coûts différentes. Chacun de ces prestataire privé sert un créneau particulier et, partant, contribue sa propre manière au but national qui est d'améliorer l'état de santé de la population.

#### *L'importance relative du secteur privé*

Bien qu'il n'existe pas de restrictions juridiques—outre l'obtention obligatoire d'une licence - pour l'exercice privé de la médecine au Sénégal, le secteur privé reste un fournisseur secondaire—bien qu'important—de soins de santé. Une grande proportion de prestataires privés sont des cabinets individuels offrant des soins ambulatoires curatifs. Comparé au nombre et à la taille des formations sanitaires publiques qui fournissent des soins tant curatifs que préventifs et qui offrent des services hospitaliers, le nombre de prestataires non gouvernementaux, opérant dans des établissements sanitaires qui offrent ces services est petit.

Le système public de prestation sanitaire est important au Sénégal, tel que noté par la recherche précédente de HFS (Bitran, Brewster et Ba, 1994). L'étude indiquait qu'il existait plusieurs grands hôpitaux régionaux, une cinquantaine de centres de santé (chacun avec plusieurs lits), plus de 400 postes de santé et plus de 1 000 cases de santé. Dans le court à moyen terme, tout changement important dans l'état de santé de la population sénégalaise lié aux soins médicaux devra se faire essentiellement par le biais du système public. Pour le moment, l'Etat ne peut pas dépendre, entièrement ou primordialement, du secteur privé pour résoudre les problèmes de santé du pays.

Cela ne veut pas dire que les prestataires de soins non gouvernementaux ne sont pas importants. Au contraire, ils fournissent un volume important de soins de bonne qualité, tant curatifs que préventifs. Ils sont tout particulièrement bien équipés en fournitures et médicaments de base, chose dont manquent souvent les formations sanitaires publiques. Aussi, représentent-ils un autre choix important que le système du secteur public qui connaît moult problèmes (Cf. Bitran, Brewster et Ba, 1994).

### *Leçons du point de vue efficacité devant être apprises de la part des prestataires privés*

Certains prestataires privés—en particulier, les postes de santé catholiques—sont techniquement et économiquement plus efficaces que les établissements publics : pour le même coût, ils fournissent des soins de meilleure qualité. Le gouvernement pourrait prendre l'initiative et explorer en détails les facteurs contribuant à une meilleure performance du secteur privé. La présente étude a identifié certains des indicateurs de cette meilleure performance et propose diverses options pour cerner ces facteurs sous-jacents.

### *Autofinancement chez les prestataires non gouvernementaux*

Une différence importante entre les prestataires gouvernementaux et non gouvernementaux est que, à l'exception des dispensaires d'entreprise, ces derniers sont financièrement autosuffisants. Bien qu'on ne dispose pas de données sur les recettes pour les "autres" cliniques ou pour les prestataires à but lucratif, l'on suppose qu'ils sont autofinancés puisqu'ils ne reçoivent pas de subventions externes. Les postes de santé catholiques ont montré qu'ils arrivaient entièrement à autofinancer leurs activités. Ils arrivent pratiquement à recouvrer entièrement les coûts puisque leurs tarifs sont presque deux fois aussi élevés que ceux des formations sanitaires publiques et que leurs coûts liés au personnel sont probablement plus faibles. Les résultats de cette étude montrent que l'amélioration de la performance financière des établissements sanitaires gouvernementaux exigera qu'on améliore la qualité des soins, qu'on diminue les coûts et que, très probablement, on augmente les tarifs.

### *Economies d'échelle : possibilités de rendement accru*

L'étude sur les coûts présentée à la Section 3 a révélé que, à l'instar des postes de santé publics, les postes de santé catholiques et les dispensaires d'entreprise ont des coûts moyens qui diminuent au fur et à mesure qu'augmente leur volume de services - en d'autres termes, ce sont des économies d'échelle. Cela signifie que le coût unitaire de toutes les visites diminue avec chaque visite d'un patient supplémentaire. Par conséquent, en accroissant le rendement dans ces établissements, on diminuerait le coût moyen par visite et ainsi, les prestataires pourraient offrir leurs services à des prix plus faibles, sans changer leur bilan.

Dans le secteur public, la possibilité d'augmenter l'efficacité en augmentant le rendement des établissements sanitaires est limitée de par le manque de demande. La demande est faible car la population perçoit comme médiocre la qualité des soins dans les établissements publics. Aussi, les ressources publiques—notamment, le personnel et l'infrastructure—sont actuellement sous-utilisées. Mais si la qualité des soins devenait meilleure grâce à une plus grande disponibilité des médicaments et à l'amélioration des pratiques de diagnostic et de traitement, les formations sanitaires publiques attireraient une plus grande demande et, partant, pourraient bénéficier d'économies d'échelle ou de coûts unitaires plus faibles.

Les économies d'échelle existent dans le secteur privé mais, pour des raisons différentes, leurs avantages potentiels ne se traduiraient pas par de réels bénéfices. Des prix plus élevés dans le secteur privé limitent la demande et mettent ainsi un frein naturel aux gains éventuels liés à un rendement plus élevé et à des coûts moyens plus faibles. La fourniture de subventions de l'Etat à des prestataires privés tels que les postes de santé catholiques permettrait à ces prestataires de baisser leurs prix, d'attirer plus de patients et, partant, de diminuer leurs coûts unitaires.

### *Un rôle plus grand pour le secteur privé?*

Il est évident qu'il existe des prestataires privés qui, conjointement avec des prestataires du secteur public, sont bien équipés pour concourir à la réalisation des buts nationaux en matière de santé. De fait, ils y contribuent déjà. Aussi, deux questions importantes se posent-elles pour les politiques publiques : serait-il judicieux que le secteur privé joue un rôle plus grand au niveau des soins de santé? Et, dans l'affirmative, quelles sont les mesures publiques qui renforceraient le plus efficacement par rapport aux coûts le rôle du secteur privé? La présente étude nous fait répondre par oui à la première question, il est souhaitable d'avoir un secteur privé plus important car le secteur privé utilise des ressources de manière plus efficace. L'étude délimite plusieurs options qui se présentent au gouvernement pour promouvoir la croissance du secteur privé.

Trois raisons importantes font qu'il est souhaitable d'avoir un secteur privé plus important. Premièrement, un secteur privé plus important pourrait alléger les pressions exercées sur les prestataires gouvernementaux, libérer à d'autres fins les modiques ressources gouvernementales pouvant alors servir à résoudre d'autres problèmes du secteur santé, par exemple, la prévention du SIDA et l'éducation sanitaire, que le gouvernement est le mieux en mesure de résoudre. Là où le public est prêt à payer pour des soins privés de bonne qualité, tant curatifs que préventifs, des prestataires privés devraient être disponibles en plus et non au lieu des services gouvernementaux. La présente étude montre que les postes de santé catholiques offrent des services qui semblent être de meilleure qualité que ceux offerts par le gouvernement et que, bien que leurs prix soient plus élevés que dans les établissements du secteur public, ils offrent davantage pour le prix payé—notamment en ce qui concerne les médicaments.

Deuxièmement, en encourageant des prestataires privés tels que les postes de santé catholiques à élargir leurs services, on économiserait sur les modiques ressources de l'Etat. Cette étude a montré que ces établissements catholiques fournissent des soins de meilleure qualité au même coût unitaire que le gouvernement. Si cette plus grande efficacité est due à un certain nombre de facteurs techniques et administratifs, dont nombreux n'ont pas été cernés par la présente étude, il n'en est pas moins qu'un facteur contribuant, évident dans le cadre de cette recherche, concerne la productivité nettement plus élevée du personnel du secteur privé, comparé au secteur public. Si le personnel représentait presque 90 pour 100 des dépenses de fonctionnement dans les centres et les postes de santé publics—évinçant les médicaments, les fournitures et les autres ressources essentielles—par contre, dans le secteur privé, le personnel ne représentait qu'un tiers des dépenses de fonctionnement.

Une troisième raison faisant qu'il est souhaitable d'élargir le rôle du secteur privé est la nécessité de diversifier l'offre de services et, partant, de diminuer le risque de voir les problèmes d'un système particulier ébranler le niveau ou la qualité des soins disponibles pour la population.

### *Promouvoir la croissance du secteur privé : diverses options*

Etant donné que certains prestataires non gouvernementaux sont plus efficaces, il est possible que l'Etat économise de l'argent en dépendant des prestataires privés. L'Etat pourrait payer les prestataires privés pour qu'ils fournissent en son nom des soins de bonne qualité à un coût plus faible, en subventionnant les soins fournis à des prix convenus à l'avance. Une telle politique viserait deux objectifs fondamentaux : l'équité financière, à savoir que les barèmes ne constitueraient pas une barrière importante à l'accès et l'efficacité, à savoir que des soins de meilleure qualité seraient fournis pour chaque denier public dépensé.

Cette politique pose plusieurs questions pratiques importantes. Existe-t-il des mécanismes viables pour canaliser les subventions de l'Etat vers les prestataires privés et, partant, vers les consommateurs ou directement vers les consommateurs? Existe-t-il une capacité et un intérêt suffisants dans le privé pour produire des soins de santé primaires pour le gouvernement par le biais d'un remboursement des coûts? Ces options seraient-elles plus efficaces par rapport aux coûts que l'amélioration de l'efficacité des prestataires publics?

Les faits recueillis au Zaïre indiquent que les subventions de l'Etat, aussi maigres soient-elles, peuvent être utilisées à bon escient dans certaines circonstances. La réussite des zones de santé au Zaïre tient à la structure décentralisée du système. Les zones sanitaires parapubliques du Zaïre sont de fait des prestataires privés qui travaillent sur une base subventionnée, fournissant des services conformément aux programmes, politiques et objectifs sanitaires au niveau national.

Pour avoir un système de santé plus efficace et, en même temps, équitable, le Gouvernement sénégalais pourrait encourager une plus grande activité privée par la prestation des soins de santé en subventionnant directement la production. En outre, le gouvernement pourrait simultanément décentraliser les services sanitaires publics pour fournir suffisamment d'autonomie et d'encouragement au niveau formation sanitaire permettant une plus grande efficacité. A ce titre, on pourrait surtout envisager de supprimer les privilèges d'emploi de la Fonction publique, de sorte à ce que les directions des établissements puissent adapter de manière plus souple les effectifs à la demande et, partant, améliorer l'efficacité du personnel.

Le gouvernement pourrait fixer les conditions faisant qu'un prestataire privé a le droit à un soutien financier de l'Etat. Un cadre juridique pourrait être mis en place au sein duquel ce type de collaboration publique-privée est possible. Un atelier pourrait être organisé entre représentants officiels du gouvernement et représentants du réseau des postes de santé catholiques pour explorer le potentiel de collaboration.

Le financement de l'Etat accordé aux prestataires du secteur privé en vue de fournir des services à la place du secteur public devra être accompagné d'un plus grand suivi gouvernemental de ces prestataires. Dans le cadre de ce suivi, il faudrait notamment faire des comptes rendus sur la prestation de services et les pratiques de fixation de prix. Il faudrait également faire des enquêtes périodiques sur place pour noter la satisfaction des clients et pour s'assurer que les subventions bénéficient en fin de compte aux groupes visés, à savoir les groupes à faibles revenus ayant besoin de soins de santé.

Toutefois, un rôle accru du secteur privé ne représente qu'une partie de la solution aux nombreux problèmes qui affligent actuellement le système de soins de santé au Sénégal. Le monopole public de l'importation de médicaments et de la distribution de fournitures au secteur public est un des grands obstacles freinant les progrès au niveau de l'état de santé. L'étude du secteur public (Bitran, Brewster et Ba, 1994) a compilé de nombreuses preuves des conséquences négatives de la politique actuelle. Toute réforme importante en vue d'améliorer la santé du peuple sénégalais devra passer par un remaniement complet de la politique pharmaceutique. Tel que recommandé dans l'étude précédente, la solution à la crise actuelle qui frappe le secteur pharmaceutique sera probablement un marché privé réglementé pour les médicaments essentiels génériques. Elle devra s'accompagner d'une solide politique de médicaments essentiels chez les prestataires de soins payés par l'Etat (dont les économies pourraient bien plus que compenser les conséquences financières négatives de la récente dévaluation du FCFA).

*Qualité des soins parmi les prestataires privés et publics*

Cette étude montre que certains des problèmes au niveau de la qualité des soins constatés dans le secteur public affligent également le secteur non gouvernemental. S'il ne semble pas y avoir une pénurie aussi prononcée de médicaments dans le secteur privé que dans le secteur public, on n'en note pas moins des carences dans les pratiques médicales. La conformité aux normes médicales est généralement meilleure chez les prestataires privés mais est loin d'être satisfaisante.

Voici le type d'interventions de l'Etat se rapportant à la qualité des soins dans le secteur privé : 1) prestation de l'information et de l'éducation médicale au public ; 2) prestation de formation médicale de haute qualité dans les universités et autres écoles publiques et 3) contrôle de qualité sur le marché pharmaceutique. En outre, le gouvernement devrait chercher à améliorer la qualité des soins de santé dans les établissements publics. Renforcer la qualité des soins dans le secteur public, en améliorant la disponibilité des produits pharmaceutiques ainsi que les normes de pratiques médicales suffira pour exercer des pressions sur les prestataires privés, via les préférences des consommateurs et la demande, en vue d'améliorer la qualité des soins dans le cadre de leurs propres activités médicales.

# **ANNEXES**

## ANNEXE A : TABLEAUX COMPLEMENTAIRES

TABLEAU A-1 POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES FRÉQUENTATION PAR RÉGION ET QUARTILE DE FRÉQUENTATION			
	REGION		
	Dakar	Région	Total
Taille de l'échantillon	4	25	29
MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT (MILLIERS)			
Curatif	69.4	16.7	24.0
Prénatal	1.4	0.6	0.7
Préscolaire	0.5	0.5	0.5
Vaccination	3.6	1.7	1.9
Planification familiale	0.2	0.0	0.2
Education	0.1	0.1	0.1
Total Préventif	5.8	2.9	3.0
Accouchements	0.0	0.0	0.0
Hospitalisation	0.0	0.0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>75.2</b>	<b>19.6</b>	<b>27.0</b>

	QUARTILE D'UTILISATION				
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	Total
MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT					
Curatif	3.6	7.6	14.2	104.6	24.0
Préventif	0.6	1.1	2.7	13.8	3.0
Accouchement	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hospitalisation	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Total</b>	<b>4.2</b>	<b>8.7</b>	<b>16.9</b>	<b>118.4</b>	<b>27.0</b>

TABLEAU A-2  
DISPENSAIRES D'ENTREPRISE  
FRÉQUENTATION PAR RÉGION ET QUARTILE DE FRÉQUENTATION

	REGION		
	Dakar	Région	Total
Taille d'échantillon	7	6	13
MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT (MILLIERS)			
Curatif	9.9	15.4	12.4
Prénatal	0.7	0.4	0.6
Préscolaire	1	0	0.6
Vaccination	1.9	0.2	1.1
Planification familiale	0.4	0.3	0.4
Education	0.1	1.8	0.9
Total Préventif	4.1	2.7	3.6
Accouchements	n.d.	n.d.	n.d.
Hospitalisation	n.d.	n.d.	n.d.
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>18.1</b>	<b>15.9</b>

	QUARTILE D'UTILISATION				
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	TOTAL
MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT					
Curatif	3.8	7.4	29.6	59.6	12.4
Préventif	0.1	2.3	2.2	29.7	3.6
Accouchement	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hospitalisation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Total</b>	<b>3.9</b>	<b>9.7</b>	<b>31.8</b>	<b>89.3</b>	<b>16</b>

**TABLEAU A-3**  
**AUTRES CLINIQUES**  
**STATISTIQUES DE FREQUENTATION PAR REGION ET QUARTILE DE FREQUENTATION**

	RÉGION		
	Dakar	Région	Total
Taille d'échantillon	4	4	8
<b>MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT (MILLIERS)</b>			
Curatif	3.3	7.6	5.7
Prénatal	0.2	1.1	0.7
Préscolaire	0.1	0.1	0.1
Vaccination	1.3	2.4	1.9
Planification familiale	0.4	0.2	0.3
Education	n.d.	n.d.	n.d.
Total Préventif	2	3.8	3
Accouchements	0.1	0.2	0.2
Hospitalisation	n.d.	n.d.	n.d.
<b>TOTAL</b>	<b>5.4</b>	<b>11.6</b>	<b>8.9</b>

	QUARTILE D'UTILISATION				
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	Total
<b>MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT</b>					
Curatif	5.9	4.4	18.8	n.d.	5.7
Préventif	2.6	3.	9.5	n.d.	3.
Accouchement	0.1	0.	0.9	n.d.	0.2
Hospitalisation	0.	0.	0.	n.d.	0.
<b>Total</b>	<b>8.6</b>	<b>7.4</b>	<b>29.2</b>	<b>n.d.</b>	<b>8.9</b>

**TABLEAU A-4**  
**CLINIQUES PRIVÉES A BUT LUCRATIF STATISTIQUES**  
**DE FREQUENTATION PAR RÉGION ET QUARTILE DE FRÉQUENTATION**

	REGION		
	Dakar	Région	Total
Taille d'échantillon		2	6
<b>MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT (MILLIERS)</b>			
Curatif	2.8	2.4	2.8
Prénatal	n.d.	n.d.	n.d.
Préscolaire	n.d.	n.d.	n.d.
Vaccination	0.1	0.8	0.3
Planification familiale	n.d.	n.d.	n.d.
Education	n.d.	n.d.	n.d.
Total Préventif	0.1	0.8	0.3
Accouchement	0.4	0	0.4
Hospitalisation	0.6	0	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>3.9</b>	<b>3.2</b>	<b>3.7</b>

	QUARTILE D'UTILISATION				
	UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	Total
<b>MOYENNE PAR ÉTABLISSEMENT</b>					
Curatif	4.1	6.2	n.d.	n.d.	2.8
Préventif	1.3	0.	n.d.	n.d.	0.3
Accouchement	0.6	0.1	n.d.	n.d.	0.4
Hospitalisation	0.8	0.2	n.d.	n.d.	0.5
<b>Total</b>	<b>6.8</b>	<b>6.5</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>3.7</b>

TABLEAU A-5  
PRODUCTIVITÉ QUOTIDIENNE MOYENNE DES MÉDECINS  
PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

	Dispensaire d'entreprise	Catholiques	Privés à but lucratif	Autres	Total
DAKAR					
Curatif	17.9	n.d.	12.4	n.d.	14.7
Prénatal	0.9	n.d.	0.9	n.d.	0.9
Préventif autre	1.7	n.d.	1.7	n.d.	1.7
Accouchement	n.d.	n.d.	0.2	n.d.	0.2
Hospitalisation	n.d.	n.d.	3.1	n.d.	3.1
Total	13.7	n.d.	7.1	n.d.	9.3
RÉGIONS					
Curatif	20.8	42	12.3	n.d.	23.4
Prénatal	n.d.	2.8	n.d.	n.d.	2.8
Préventif autre	2.8	n.d.	n.d.	n.d.	2.8
Accouchement	n.d.	n.d.	0.1	n.d.	0.1
Hospitalisation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	13.6	22.3	8.2	n.d.	14.7

TABLEAU A-6  
PRODUCTIVITÉ QUOTIDIENNE MOYENNE DES SAGES-FEMMES  
PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

Catégorie de Service	Dispensaire d'entreprise	Catholiques	Privés à but lucratif	Autres	Total
DAKAR					
Curatif	0.3	0.3	2.5	3.8	1.9
Prénatal	2.3	4.3	n.d.	1.1	3.0
Préscolaire	5.8	n.d.	n.d.	0.3	3.1
Préventif autre	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.0
Planification familiale	1.3	0.2	n.d.	0.9	1.1
Accouchement	n.d.	n.d.	1.1	n.d.	1.1
Hospitalisation	n.d.	n.d.	4.8	n.d.	4.8
Total moyenne	1.6	2.7	2.8	2.1	2.2
RÉGIONS					
Curatif	7.2	n.d.	n.d.	n.d.	7.2
Prénatal	1.8	n.d.	n.d.	n.d.	1.8
Préscolaire	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Préventif autre	0.4	n.d.	n.d.	n.d.	0.4
Planification familiale		n.d.	n.d.	n.d.	2.0
Accouchement	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hospitalisation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	3.2	n.d.	n.d.	n.d.	3.2

TABLEAU A-7  
PRODUCTIVITÉ QUOTIDIENNE MOYENNE DES INFIRMIERS  
PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

	Dispensaire d'entreprise	Catholique	Privé à but lucratif	Autres	Total
DAKAR					
Curatif	18.7	19.1	n.d.	n.d.	19.0
Prénatal	n.d.	0.4	n.d.	n.d.	0.4
Préscolaire	n.d.	0.3	n.d.	n.d.	0.3
Planification familiale	n.d.	0.2	n.d.	n.d.	0.2
Total	18.7	9.7	n.d.	n.d.	4.1
RÉGIONS					
Curatif	2.4	17.7	n.d.	30.2	17.5
Prénatal	n.d.	0.7	n.d.	1.1	0.8
Préscolaire	0.1	2.6	n.d.	0.9	2.0
Planification familiale	n.d.	0.4	n.d.	1.9	1.2
Total	1.3	10.5	n.d.	8.5	9.9

TABLEAU A-8  
POSTES DE SANTÉ CATHOLIQUES  
PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

CATÉGORIE DE SERVICES	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	7	6	13
MOYENNE DE PRIX (FCFA)			
Adultes curatif	275	312	306
Curatif spécialisé	n.d.	n.d.	n.d.
Total Curatif	263	273	271
Prénatal	333	363	357
Préscolaire	188	100	135
Planification familiale	n.d.	n.d.	n.d.
Vaccination	100	79	84
Total préventif	207	181	192
Accouchement	n.d.	n.d.	n.d.
Chirurgie	n.d.	n.d.	n.d.
Hospitalisation	n.d.	n.d.	n.d.
Laboratoire	138	142	139
Radios	n.d.	n.d.	n.d.

TABLEAU A-9  
DISPENSAIRES D'ENTREPRISE  
PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

CATÉGORIE DE SERVICES	Région		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	7	6	13
MOYENNE DES PRIX (FCFA)			
Curatif enfants	n.d.	3,000	3,000
Curatif adultes	n.d.	3,000	3,000
Curatif spécialité	200	5,500	2,850
Total curatif	200	3,833	2,950
Prénatal	n.d.	n.d.	n.d.
Préscolaire	200	n.d.	200
Planification familiale	200	n.d.	200
Vaccination	200	n.d.	200
Total Préventif	200	n.d.	200
Accouchement	n.d.	28,500	28,500
Chirurgie	n.d.	1,200	1,200
Hospitalisations	n.d.	n.d.	n.d.
Laboratoire	n.d.	220	220
Radios	n.d.	1,250	1,250

TABLEAU A-10  
CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF  
PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

CATÉGORIE DE SERVICES	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	4	2	6
MOYENNE DE PRIX (FCFA)			
Curatif enfants	10,000	6,000	8,000
Curatif adultes	10,000	6,000	8,000
Curatif spécialité	10,000	6,000	8,000
Total curatif	10,000	6,000	8,000
Prénatal	n.d.	6,000	6,000
Préscolaire	10,000	n.d.	10,000
Planification familiale	n.d.	n.d.	n.d.
Vaccination	n.d.	n.d.	n.d.
Total préventif	10,000	6,000	8,000
Accouchements	45,000	n.d.	45,000
Chirurgie	n.d.	n.d.	n.d.
Hospitalisations	46,334	n.d.	46,334
Laboratoire	n.d.	n.d.	n.d.
Radios	n.d.	n.d.	n.d.

TABLEAU A-11  
AUTRES CLINIQUES  
PRIX PAR PROPRIÉTAIRE ET CATÉGORIE DE SERVICES

CATÉGORIE DE SERVICES	RÉGION		
	Dakar	Régions	Total
Taille de l'échantillon	4	4	8
MOYENNE DE PRIX (FCFA)			
Curatif enfants	100	138	125
Curatif adultes	200	188	192
Curatif spécialité	625	0	625
Total curatif	308	163	225
Prénatal	600	200	371
Préscolaire	100	n.d.	100
Planification familiale	750	n.d.	750
Vaccination	100	75	90
Total Préventif	388	138	328
Accouchement	n.d.	1,000	1,000
Chirurgie	n.d.	n.d.	n.d.
Hospitalisations	n.d.	n.d.	n.d.
Laboratoire	n.d.	n.d.	n.d.
Radios	n.d.	n.d.	n.d.

## **ANNEXE B : FIGURES COMPLEMENTAIRES**

# Centres de santé, Postes de santé et Cases de santé: Disponibilité de certains médicaments, Exercice 1991

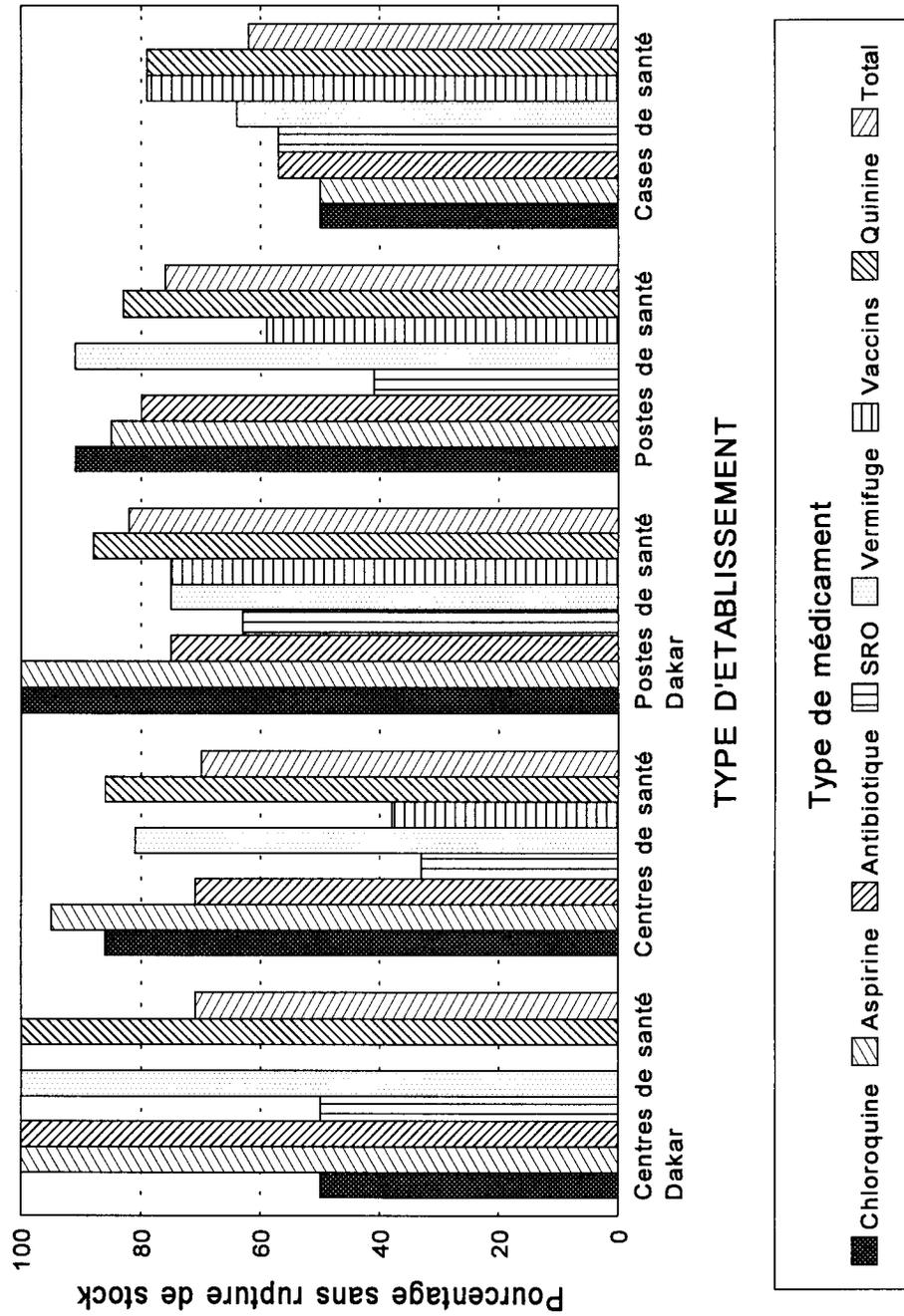
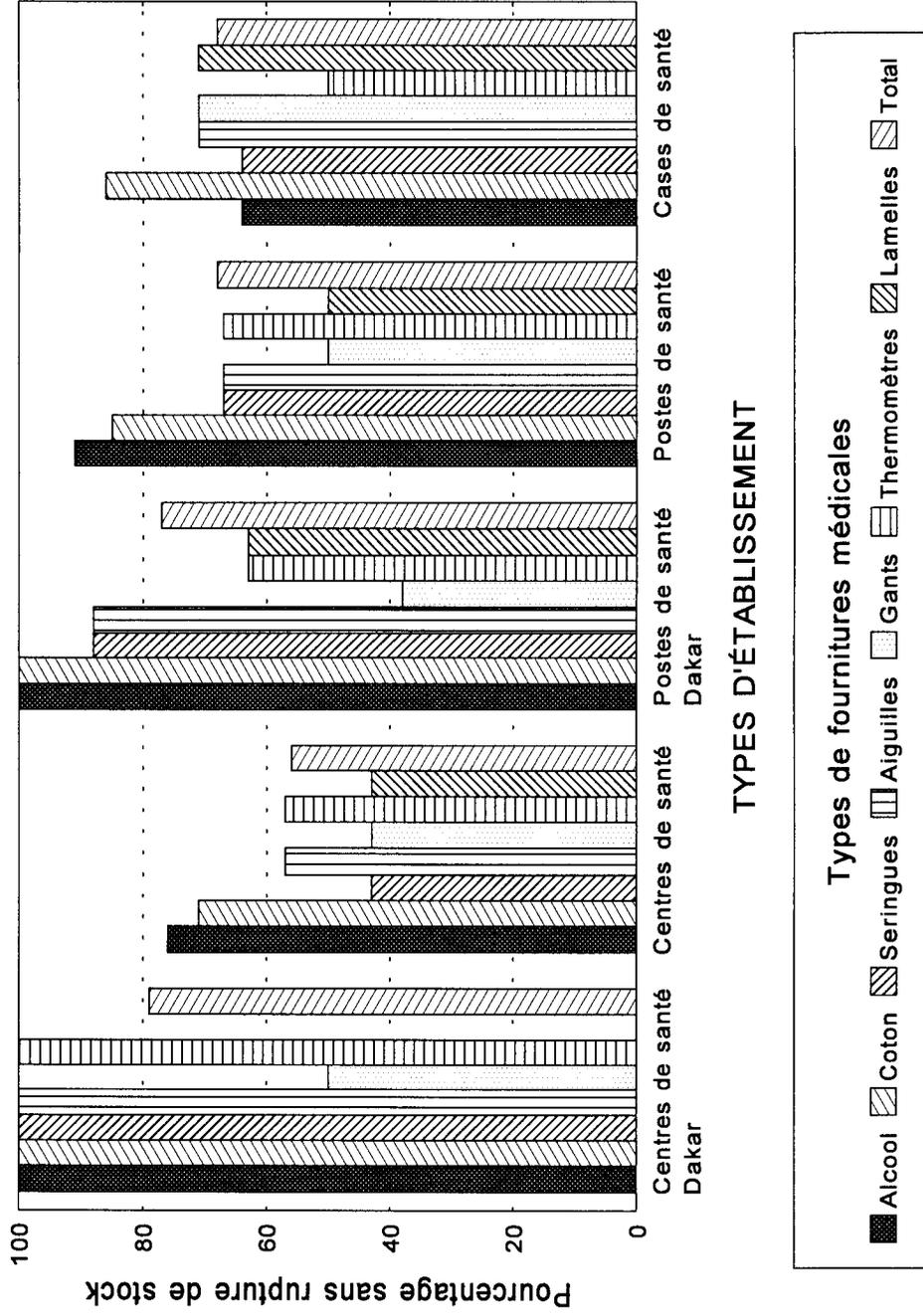


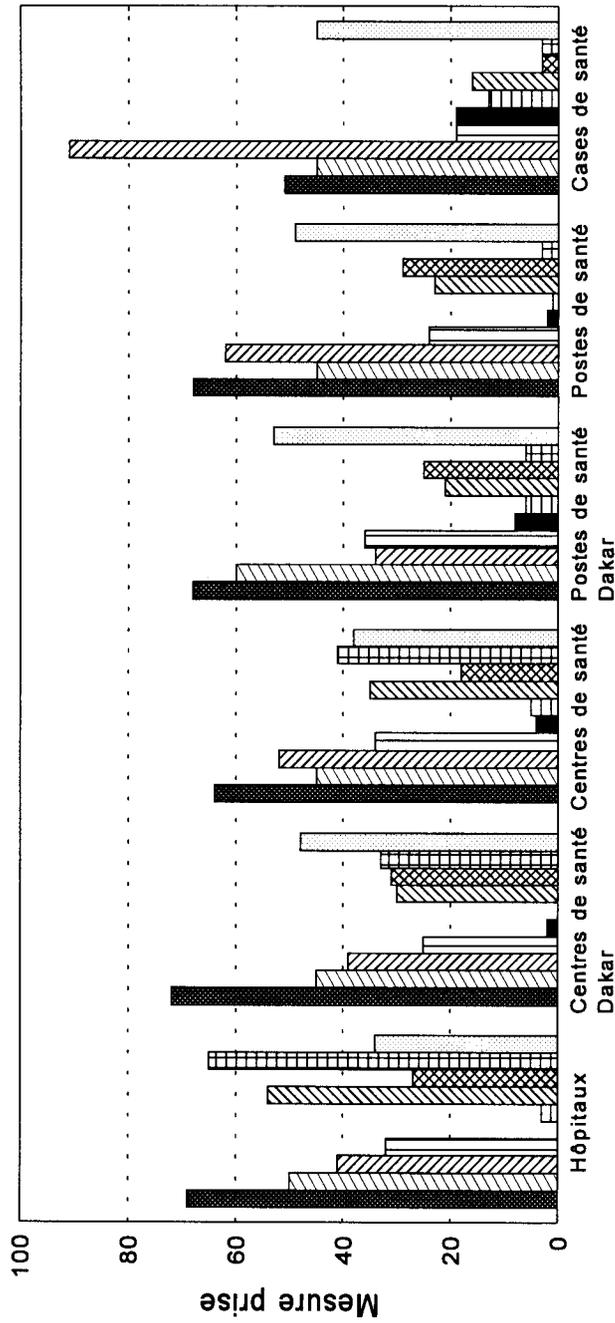
Figure B-1 Centres de santé, postes de santé, et cases de santé: Disponibilité de certains médicaments, Exercice 1991

# Centres de santé, Postes de santé et Cases de santé: Disponibilité de certaines fournitures médicales, Exercice 1991



**Figure B-2 Centres de santé, postes de santé, et cases de santé:  
Disponibilité de certaines fournitures médicales, Exercice 1991**

# Comportement du personnel médical pour consultation fièvre, par type d'établissement



## TYPE D'ÉTABLISSEMENT

### Mesures du personnel médical

- Procédure initiale
- ▨ Mal à la gorge
- ▨ Diagnostique
- ▨ Autre problème
- ▨ Paludisme
- ▨ Explicite conclusion
- ▨ Infection respiratoire
- ▨ Référence
- Maux oreilles
- ▨ Post consultation

Figure B-3 Comportement du personnel médical pour consultation fièvre, par type d'établissement

# Comportement du personnel médical pour consultation fièvre, par type d'établissement

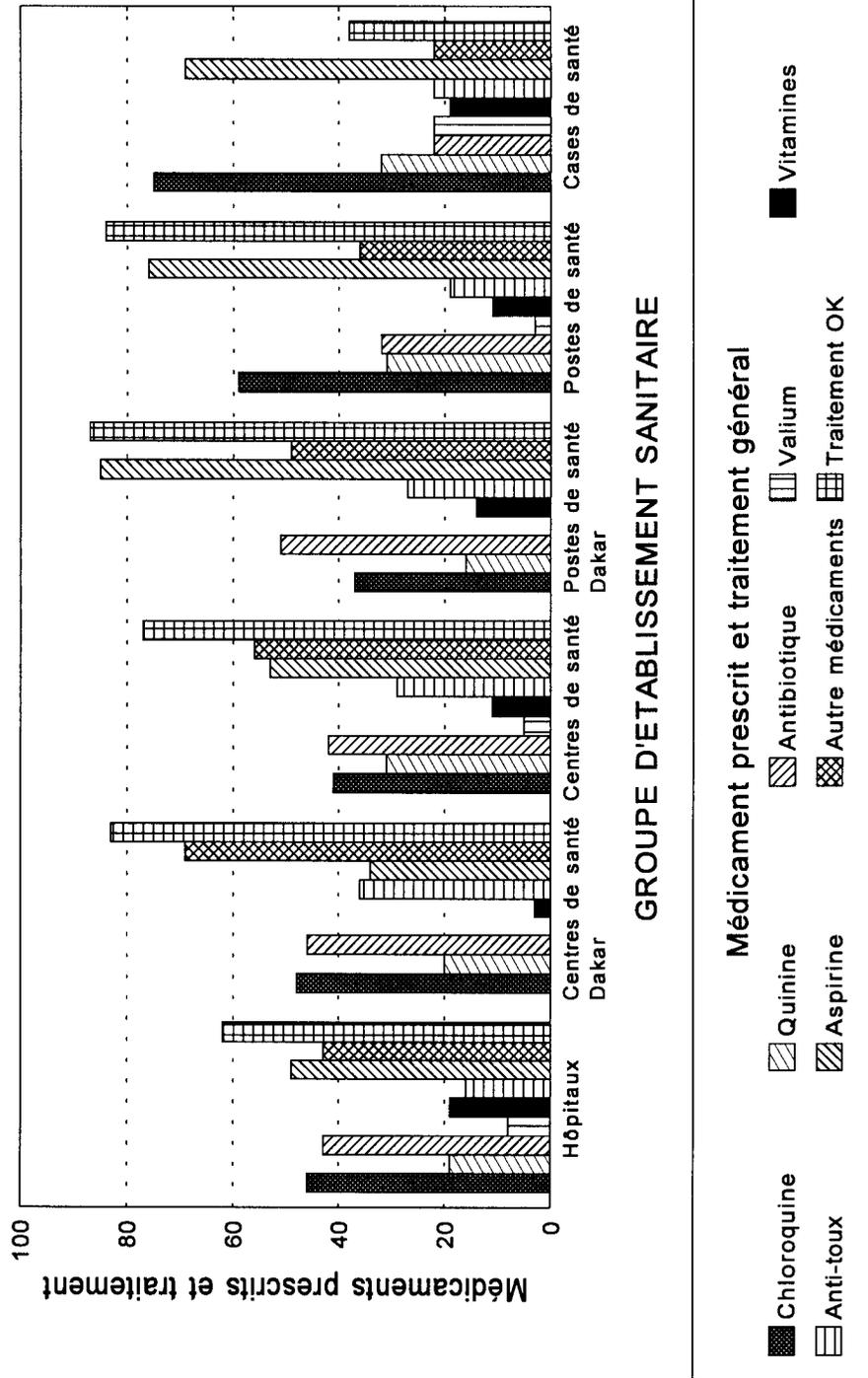


Figure B-4 Comportement du personnel médical pour consultation fièvre, par type d'établissement

# Centres de santé et Postes de santé Comportement du personnel médical—procédures générales

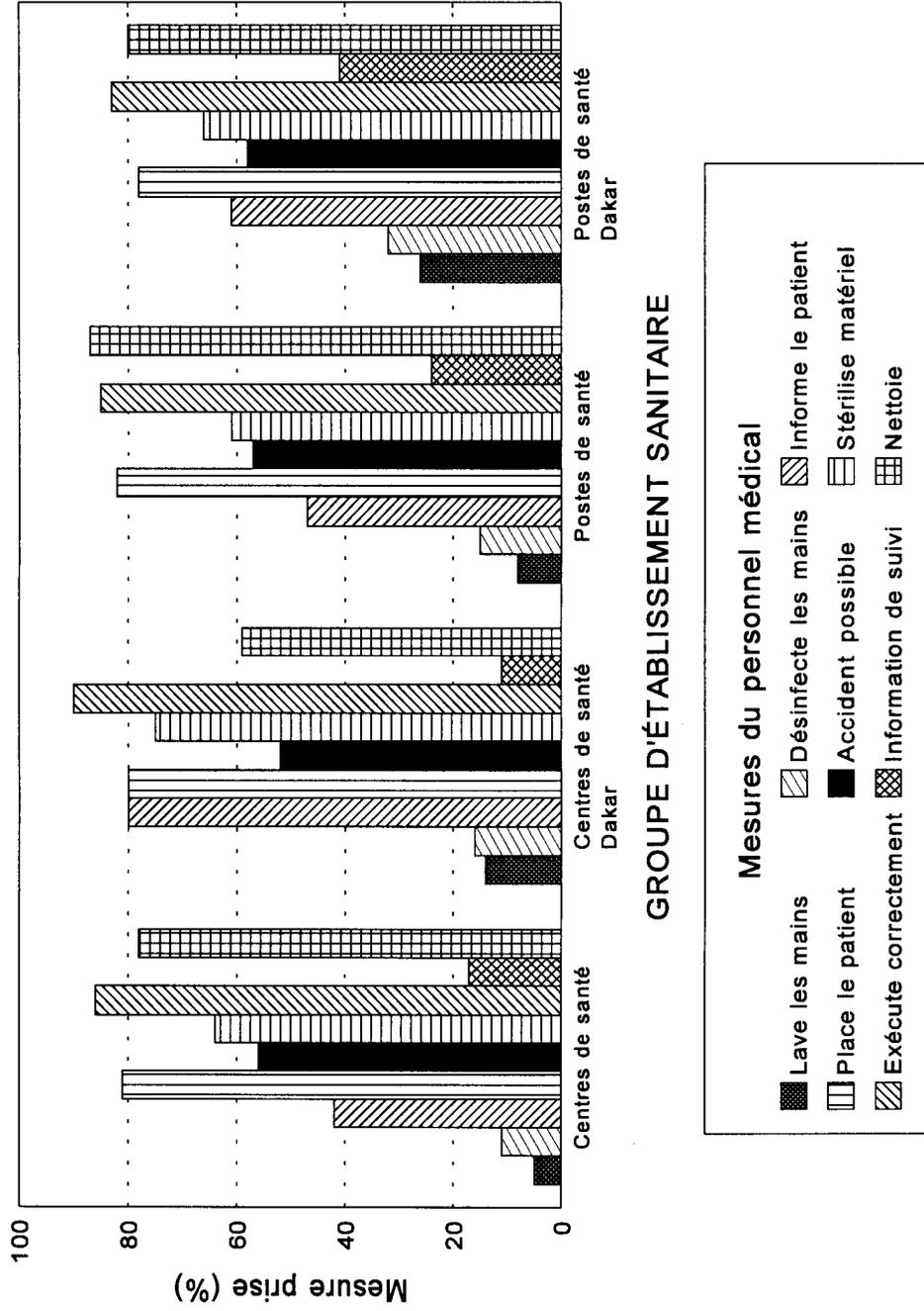


Figure B-5 Centres de santé et postes de santé: Comportement du personnel médical—procédures générales

# Centres de santé—Comportement du personnel médical: Procédures générales, par catégorie de personnel

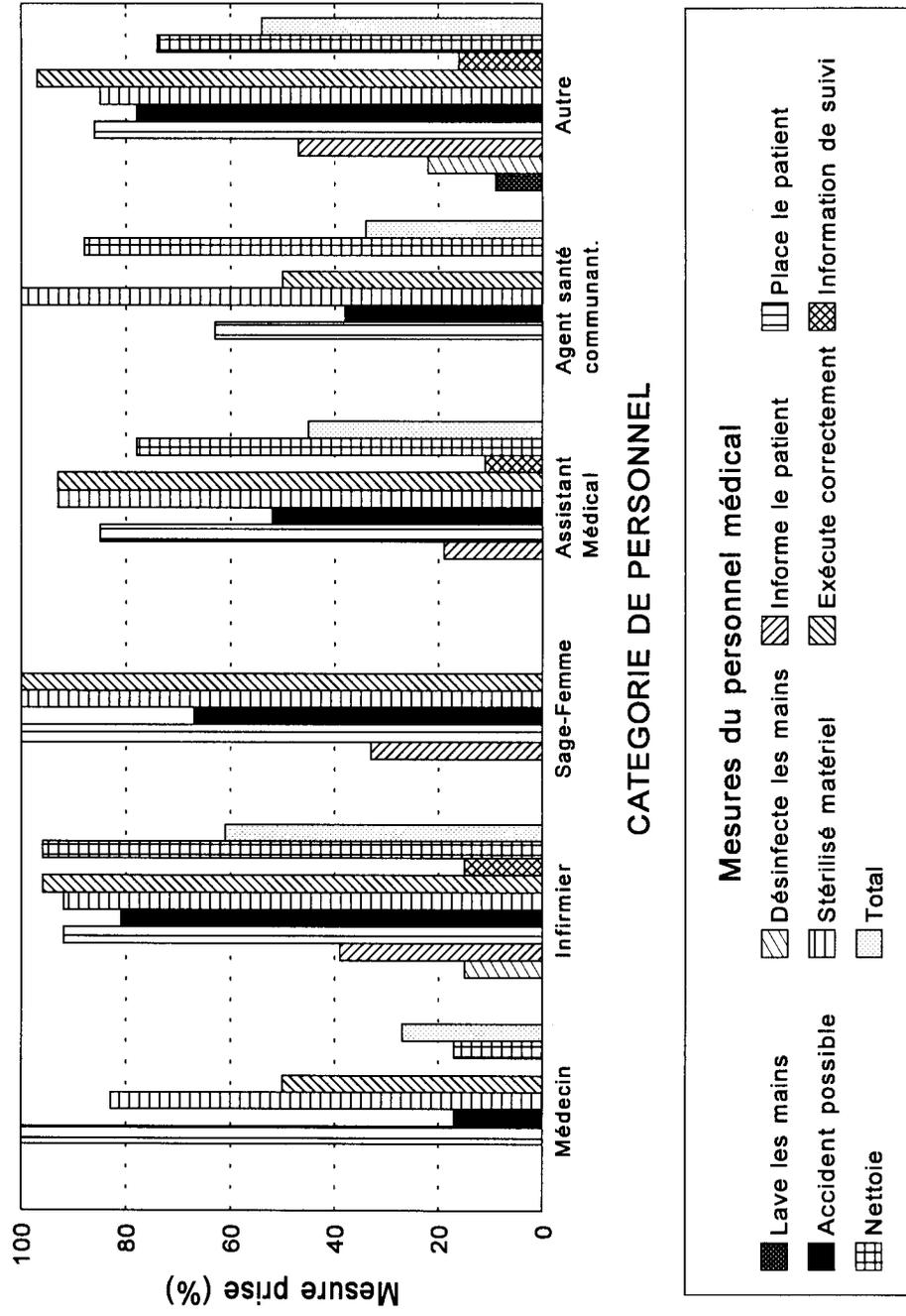


Figure B-6 Centres de santé—Comportement du personnel médical:  
Procédures générales, par catégorie de personnel

# Perception de la qualité par le personnel

## Hôpitaux

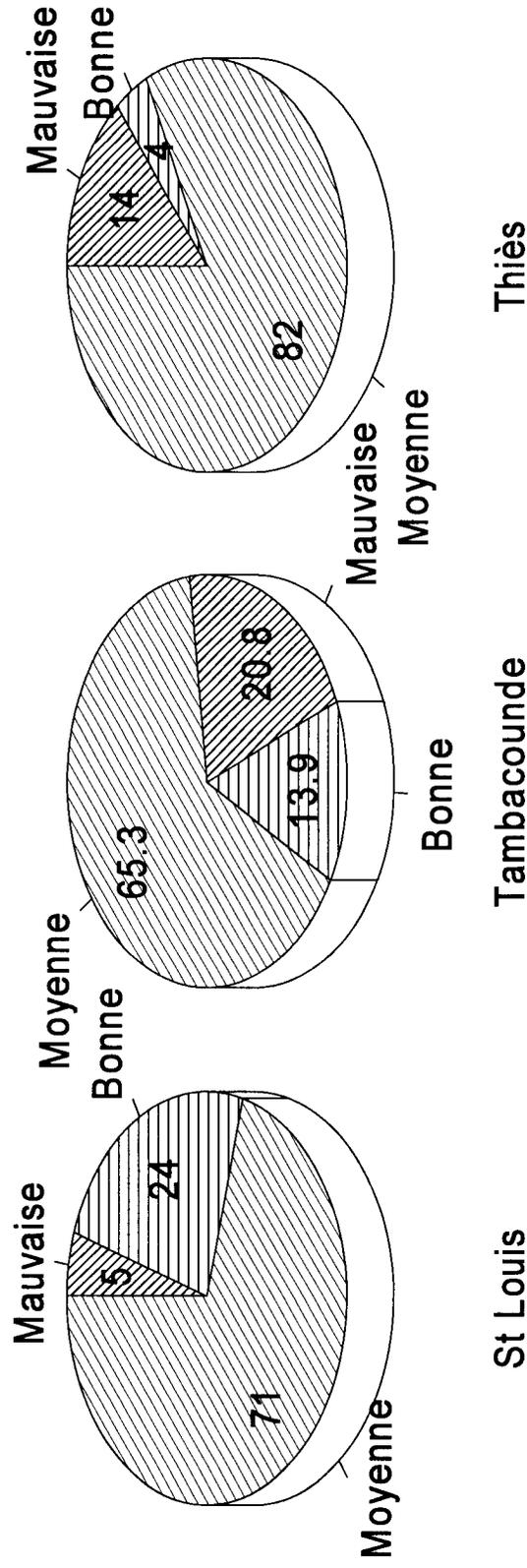
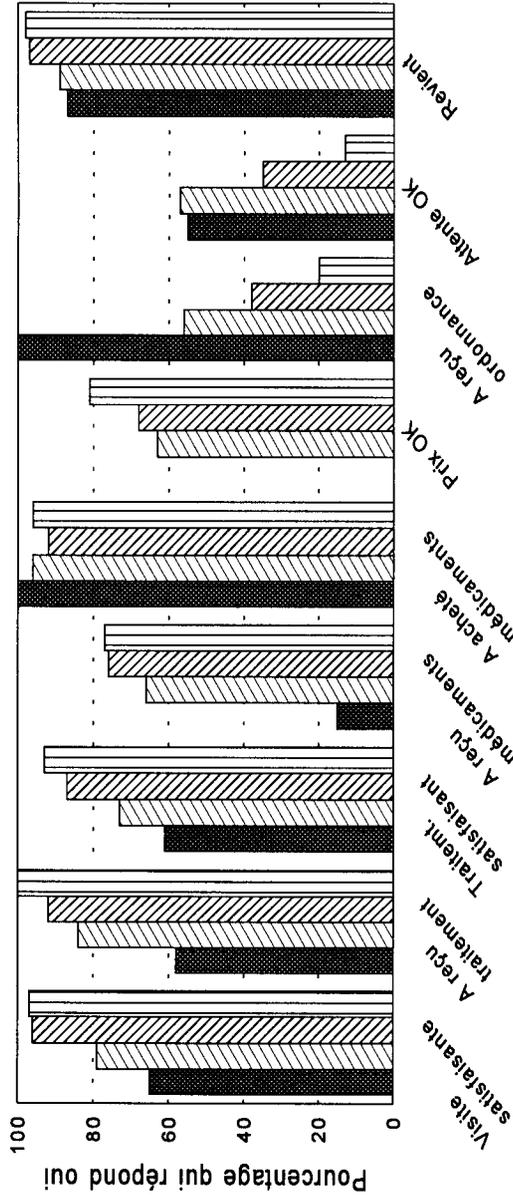


Figure B-7 Perception de la qualité par le personnel: Hôpitaux

# Qualité des soins telle que perçue par les patients, par type d'établissement



## Mesures de la satisfaction des patients

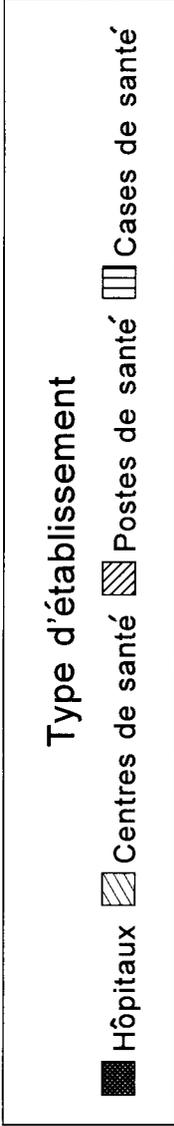


Figure B-8 Qualité des soins telle que perçue par les patients, par type d'établissement

**ANNEX C: ÉTUDES PAR LE PROJET DE FINANCEMENT  
ET PÉRENNISATION DE LA SANTÉ**

## **ANNEXE C : ÉTUDES PAR LE PROJET DE FINANCEMENT ET DE PÉRENNISATION DE LA SANTÉ (HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY PROJECT): SENEGAL**

- Bitran, Ricardo A., Steven Brewster, and Bineta Ba. "Coûts, Financement et Efficacité des Etablissements Sanitaires Publics au Senegal" (Costs, Financing, and Efficiency of Government Health Facilities in Senegal). 1994.
- . "Coûts, Financement et Efficience des Prestataires de Santé au Senegal" (Costs, Financing, and Efficiency of Health Providers in Senegal: A Comparative Analysis of Public and Private Providers). forthcoming 1994.
- Barlow, Robin, François Pathé Diop, and NGoné Touré Sene. "Synthèse des Etudes Relatives au Financement de la Santé" (Synthesis of Health Financing Literature). 1991.
- Dieng, Alpha, and Robin Barlow. "Le Cadre Juridique du Financement du Secteur de la Santé au Sénégal" (Legal Framework of Health Care Financing in Senegal). 1991.
- Pogodzinski, Joseph M. "Econometric Analysis of the Efficiency of Health Care in Senegal." forthcoming 1994.
- Sadio, Abdoulaye. "Analysis of Health Care Utilization, Expenditure Patterns, and Demand." forthcoming 1994.
- Thioune, Mamadou. "Financement de la Santé au Sénégal: Analyse de la Performance des Comités de Santé" (Health Care Financing in Senegal: Determinants of Health Committee Effectiveness). 1993.
- Yazbeck, Abdo, Steven Brewster, and Bineta Ba. "Developpement du Secteur Privé au Niveau de la Prestation des Soins de Santé: Senegal" (Investigation of the Size and of Nongovernmental Health Care Delivery Sector and the Factors Affecting Its Development). forthcoming 1994.

## BIBLIOGRAPHIE

- BANQUE MONDIALE. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. A World Bank Policy Study. Washington DC.
- \_\_\_\_\_. 1989. *Sub-Saharan Africa : From Crisis to Sustainable Growth*. Washington DC : Banque mondiale.
- \_\_\_\_\_. 1992. "Republic of Senegal. Issues in Health Care Financing." Rapport No. 11059-SE. Washington DC : Division opérationnelle Ressources humaines et Population, Département du Sahel, Région Afrique. Banque mondiale.
- \_\_\_\_\_. 1993a. *Better Health in Africa*. Document de travail technique No.7. Washington DC : Africa Technical Department, Human Resources and Poverty Division, Banque mondiale.
- \_\_\_\_\_. 1993b. *Worlds Development Report 1993*. New York : Oxford University Press.
- BARLOW, Robin, Francois Pathé DIOP, et NGoné Touré SENE. 1991. "Synthèse des Etudes relatives au Financement de la santé." Bethesda MD : Health Financing and Sustainability Project.
- BARNUM, Howard and Joseph KUTZIN. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore Md.: Johns Hopkins University Press.
- BECKER, Gregory. H. SEKOU. M. SADIOU et I. WASSIRY. 1992. "Etude du tri à l'hôpital national de Niamey" Niger Health Sector Grant, Niamey. Niger. Bethesda MD : Abt Associates, Inc.
- BITRAN, Ricardo A. Taryn VIAN et al. 1986. "Zaire Health Zones Financing Study." Arlington VA : Resources for Child Health Project (15 octobre).
- BITRAN, Ricardo A. et David W. DUNLOP. 1989. "The Determinants of Hospital Costs—An Analysis of Ethiopia." WPS 249, Policy, Planning and Research Working Papers, Washington DC : Département de la population, de la Santé et de la Nutrition, Banque mondiale.
- BITRAN, Ricardo A. 1992. "Technical and Economic Efficiency in the Production of Health Services." Document important de recherche appliquée Etape 1. Bethesda MD : Health Financing and Sustainability Project.
- BITRAN, Ricardo A. et Stephen J. HEINIG. 1992. "Study of the Effect of the BMI Material and Child Food Coupon Program on Health Services Utilization in Ministry of Health Facilities in Honduras." Cambridge, MA : Abt Associates, Inc. (Août).
- BITRAN, Ricardo A., Steven BREWSTER, and Bineta BA. 1994. "Costs, Financing, and Efficiency of Government Health Facilities in Senegal. Phase 2 and 3: Field Work, Research Results, and Policy Recommendations." Health Financing and Sustainability Project. Bethesda MD.

- DIENG, Alpha et Robin BARLOW. 1991. "Le cadre juridique du financement du secteur de la santé au Sénégal. Bethesda MD : Health Financing and Sustainability Project.
- HFS. 1991. "Applied Research Agenda : 1991 through 1994." Bethesda MD : Health Financing and Sustainability Project.
- LEWIS, Maureen A., Margaret B. SULVETTA et Gerard LAFORGIA. 1990 a. "Economic Costs of Hospital Services in the Dominican Republic." Washington DC : Urban Institute.
- LEWIS, Maureen A., Margaret B. SULVETTA et Gerard M. LAFORGIA. 1990. "Measuring Costs, Efficiency, and Quality in Public Hospitals: A Dominican Case." Document de discussion interne, Rapport No. IDP-090. Washington DC : Banque mondiale.
- MAKINEN, Marty et Bradley A. BARKER. 1990. "Trip Report for Senegal." Bethesda MD : Health Financing and Sustainability Project.
- PAULY, Mark. 1970. "Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care," *Inquiry* 7 : 1, 114-31.
- REPUBLIQUE DU SENEGAL. 1993. "Enquête sur les priorités. Résultats préliminaires." Dakar : Direction de la Prévision et de la Statistique, Dimensions sociales de l'ajustement. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan.
- THIOUNE, Mamadou. 1993. "Financement de la santé au Sénégal : Analyse de la performance des Comités de santé." Centre africain d'études supérieures en gestion. Bethesda MD : Health Financing and Sustainability Project.
- TILNEY, John, Ricardo BITRAN, David DEAL et Bineta Ba. 1993. "The Gambia : Review of Ministry of Health Cost Recovery Program." Washington DC : Banque mondiale.
- WILLIS, Carla. 1992. "Tariff Recommendations for the Niger Non-hospital Cost Recovery Pilot Tests." Niger Health Sector Grant, Niamey, Niger. Bethesda MD : Abt Associates, Inc.
- WOUTERS. Annemarie. (1990). "The Cost and Efficiency of Public and Private Health Care Facilities in Ogun State, Nigeria." Document de travail No.4. Baltimore MD : Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.